

کتابخانه تصنیف کردگار عالی حضرت ابابکر

نمبر دهم

تکلیف دهم

آخر آبان ۱۳۲۱

نام کتاب

مبلغ البراءة في علم الجراح

فمن کتاب

طب و فکری

نمبر کتاب و فن مذکور

205
SIA

فهرست مبلغ البراح في علم الجراح

صحيفة

مقدمة

٢

٣ الكتاب الاول في الامراض التي تصيب اجزاء البدن والبوابه اربعة

الباب الاول في العمليات ومعالجة الجروح بكلام كلي وفيه مبحثان

المبحث الاول في العمليات

٨ المبحث الثاني في معالجة الجروح

١٣ الباب الثاني في الالتهاب والعمليات المختصة به

١٤ مبحث فيما يخص الالتهاب من العمليات

١٤ الكلام على المعالجة لموضعية

١٩ الكلام على المعالجة العامة

٢٥ الكلام على المعالجة المصروفة للالتهاب

١٣ الباب الثالث فيما ينشأ عن الالتهاب وما يخص ذلك من العمليات

٤٠ الباب الرابع في الجروح وما يلزم لشفائهما من العمليات وهي عشر

٤١ الاول الجروح الوخزية

٤٢ الثاني الجروح القطعية

٤٥ الثالث الجروح التي معها زوال جواهر او الغير المنضمة

٥٠ الرابع الجروح الرضية

٥١ الخامس جروح الاسلحة النارية

٥٥ السادس الجروح المزقية

السابع الجروح المسمومة

٥٨ الثامن الجروح الرضية

التاسع الجروح الهتكية

العاشرا الجروح الحاصلة من القواعل الكيماوية

٥٩ الحادي عشر الجروح القروحية

٦٠ الكتاب الثاني في آفات الالات الهضم وما يخصها من العمليات

الباب الاول في آفات القسم الذي يعلو الحجاب الحاجز منها وما يخصه

من العمليات وفيه ثمانية مباحث

٦١ المبحث الاول في آفات الشفتين وما يلزم لهما من العمليات وهي اربع

الاول الالتصاق الخلقى

٦١ الثاني الشفة الارنبية الخلقية او العارضة

٦٧ الثالث جروح الشفة

الرابع سرطان الشفة

٦٨ المبحث الثاني في آفات عظم الكف الاسفل وهي ثلاث

الاولى الكسر

٦٩ الثانية الخلع

٧٠ الثالثة السرطان

٧١ المبحث الثالث في آفات الكف الاعلى

٧٢ المبحث الرابع في آفات الاسنان

٨٠ الكلام على معالجة الاسنان

٨٥ المبحث الخامس في آفات الخدين واعضاء اللعاب

٨٦ الكلام على آفات اعضاء اللعاب

صبيغة

- ٨٩ المبحث السادس في آفات اللسان وهي سبع
 ٩٢ المبحث السابع في آفات اللهجات واللوزتين وهي أربع
 ٩٤ المبحث الثامن في آفات البلعوم والمرى وهي أربع
 ٩٩ الباب الثاني في آفات القسم الذي تحت الحجاب الحاجز وفيه
 خمس مباحث

المبحث الاول في آفات البطن وهي سبع

الاولى جروح البطن

١٠٢ الثانية خروج الاحشاء

١٠٥ الثالثة جروح الامعاء

١٠٧ الرابعة غثغرينا الامعاء

١٠٨ الخامسة جروح المعدة

السادسة الاسلحة النارية

السابعة الرض في جدران البطن

١٠٩ المبحث الثاني في وقوف الاجسام الغربية في القناة الهضمية

١١٠ المبحث الثالث في آفات الكبد والطحال وهي ثلاث

الاولى الجروح

الثانية الخراج

١١١ الثالثة الاورام والناصور الصغراوى

المبحث الرابع في الانسكابات البطنية وانواعها سبعة

الاول انسكاب الدم

١١٢ الثاني انسكاب الكيلوس

١١٣ الثالث انسكاب الصفرا

الرابع انسكاب البول

الخامس انساب البراز
 السادس انساب الصديد
 السابع انساب المصل وهو الاستسقاء الزقي
 ١١٥ المذات الخماس في آفات المستقيم والشرح وهي عشر
 الاولى الخروح

الثانية وقوف الاجسام الغربية

١١٦ الثالثة خراج الشرج

١١٧ الرابعة نواصير الشرج

١١٩ الخامسة البواسير

١٢١ السادسة البوليبوس

السابعة سقوط المستقيم

١٢٢ الثامنة سرطان المستقيم

التاسعة ضيق الشرج

١٢٣ العاشرة عدم وجود فتحة الشرج او عدم وجود المستقيم

١٢٤ الباب الثالث في انواع الفتق البطني وما يخصه من العمليات

وفيه عشرة مباهات

١٢٥ المبحث الاول فيه كلام كلي في الفتق

١٢٩ تشرح مرضى في الفتق

١٣١ كلام كلي في الكيس الفتقي

١٤١ المبحث الثاني في الفتوق الاربية

١٤٤ المبحث الثالث في الفتوق الفخذية

١٤٦ المبحث الرابع في الفتوق السريرية

تشرح جراحي للسرة

صحيحة

- ١٤٨ المبحث الخامس في الفتوق البطنية وهي خمسة
- ١٤٩ المبحث السادس في الفتوق الجفائية وهي ثلاثة
- ١٥١ المبحث السابع في الفتوق الوركية
- المبحث الثامن في الفتوق تحت العانة
- المبحث التاسع في فتوق الجباب الحابز
- المبحث العاشر في الاختناقات الباطنة
- ١٥٤ الباب الرابع في الشرج الغير الطبيعي والعمليات التي
تلتزم لاحداثه وتنفع في شفاؤه
-
- ١٥٧ الكتاب الثالث في امراض اعضاء التناسل والبول وعملياتها
-
- ١٥٨ الباب الاول في فات الفرع والمهبل وما يتناسبها من العمليات
- ١٦٢ الباب الثاني في آفات الرحم وعملياتها وهي اربع عشرة آفة
- الاولى الجروح
- ١٦٣ الثانية الانسداد
- الثالثة التصلب
- ١٦٥ الرابعة السقوط
- ١٦٦ الخامسة الانقلاب
- ١٦٧ السادسة الاستسقا
- السابعة احتباس الجنين
- ١٧١ الثامنة الهتك
- ١٧٢ التاسعة الحبل خارج الرحم
- ١٧٣ العاشرة البوليبوس

١٧٧ الحادية عشر الحصاة

الثانية عشر التحجير والاستحالة الى العظم

الثالثة عشر السرطان

١٨١ الرابعة عشر القطع

الباب الثالث في آفات الثدي وما يلزم لها من العمليات

١٨٥ الباب الرابع في آفات الخصية وما يتبعها وفي العمليات اللازمة

لذلك وهي ثلاث عشرة آفة

الاولى رخص الصفن

١٨٦ الثانية اقبلة المائية

١٩٣ محت التقابل بين هذه القواعد

١٩٤ الثالثة ارتشاح مصلى للبل المنوى

١٩٥ الرابعة قبلة دواليه

١٩٦ الخامسة احتباس الخصية في الحلقة الاربية

السادسة خصية زائدة في العدد

١٩٧ السابعة جروح الخصية

الثامنة التهاب الخصية

التاسعة خراج الخصية

العاشر قبلة منوية

١٩٨ الحادية عشر ادرقلمية وتسمى سرطان الخصية

٢٠٠ الثانية عشر هزال الخصية

الثالثة عشر استحالة الصفن الى داء الفيل

٢٠١ الباب الخامس في آفات الكلى والحالبين والمثانة وهي ثنا عشرة آفة

الاولى جروح الكلى

٢٠٢ الثانية خراجات الكلى

الثالثة حصاة الكلى

٢٠٣ الرابعة حصاة الخالبين

٢٠٤ الخامسة جروح المثانة

٢٠٥ السادسة هتك المثانة

٢٠٦ السابعة شلل المثانة

٢٠٧ الثامنة دوالي المثانة

التاسعة بوالبيوس المثانة واوراسها القطرية ونقرحها

العاشرة نوازل المثانة اى التهابها الطويل

١٠٨ الحادية عشر سلس البول

٢٠٩ الثانية عشر حصاة بولية مثانية

الكلام على التشريح الجراحى للمثانة

٢١٦ الكلام على معالجة الحصاة المثانية

٢٢٩ حكومة على جميع القواعد والكليات الى ذكرت

٢٣٤ الكلام على القطع المثانى للنساء

٢٣٦ الباب السادس فى آفات البروستاتا ومجرى البول وهى

احدى عشرة آفة

الاولى احتباس البول

الثانية البول الدموى

٢٣٧ الثالثة انتفاخ البروستاتا

الرابعة حصاة عنق المثانة والبروستاتا ومجرى البول

٢٣٨ الخامسة وقوف اجسام غريبة فى مجرى البول

السادسة التهاب مجرى البول

تتبعه

٢٣٩ السابعة أنساب مجرى البول

٢٤٦ الكلام على بشع المثانة

٢٤٨ الثامنة خراجات بولية

التاسعة نواصير بولية بجمالية

٢٤٩ العاشرة نواصير مثلية مستقيمة

الحادية عشر حصاة بولية في المسح الخلوي للجمان والصفن

الباب السابع في آفات القشيب وهي عشر وفيها اثنتان

٢٥٣ الكتاب الرابع في آفات اعضاء التنفس وما يلزم لها من العمليات

الباب الاول في آفات المخجرة والقصبية وهي اربع

الاولى الجروح

٢٥٤ اثنائية الاجسام الغريبة

٢٥٥ الثالثة انسداد المزمار

٢٥٩ الرابعة الجواتسواي ورم الغدة الدرقية

٢٦٢ الباب الثاني في آفات الصدر وهي ثمان

الاولى جروح الصدر البسيطة

الثانية جروح الاسلحة النارية

٢٦٣ الثالثة كسر الانسلاع

٢٦٤ الرابعة كسر القص

٢٦٥ الخامسة العوارض التي قد تنشأ عن الآفات السابقة

٢٧٢ السادسة نسوس الانسلاع وموتها وسمطانها

السابعة خراج الجباب المنصف

٢٧٣ الثامنة نسوس القص

٢٧٤ الكتاب الخامس في آفات اعضاء دورة الدم وقية بابان

الباب الاول في آفات القلب وبهي *نتان

الاولى جروح القلب

٢٧٥ الثانية مائية في العلاف القلبي وتسمى الاستسقاء القلبي

٢٧٦ الباب الثاني في آفات الشرايين وبهي ست

الاولى جروح شريانية

الثانية الاورام الدموية وتسمى الاينوريزما لكاذب

٢٨٠ الثالثة الاينوريزما الصادق

٢٨١ تشرح جراحي

٢٨٢ معالجة الاينوريزما

٢٩١ حكومة على هذه التنوعات

٢٩٥ الكلام على كيميائية ربط الشرايين الرية

٣١٠ تنبيب اناشرايين اسات

٣٩١ حكومة على هاتين العمليتين

٣١٩ الرابعة من آفات الشرايين الاينوريزما الدوائية ولدولي

الاينوريزمية

٣٢٠ الخامسة فساد جدران الشريان

السادسة الاورام الانتصائية والوجمة

٣٢٢ الباب الثالث في آفات الاوردة وبهي ثمان

الاولى الخروح

الثانية التهاب الاوردة

٣٢٦ الكتاب السادس في امرئ من انهار السبع ومانته عجم من العمايات

الباب الاول في آفة انواس وفيه ثمانية فصول

فصل اول في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

ثانية في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

ثالثة في آفة انواس

الرابعة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

٣٢٧ الخامسة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

السادسة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

السابعة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

٣٢٩ الثامنة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

٣٣٦ التاسعة في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

العاشر في آفة انواس وازا يدرويه ذرقة وياحت

٣٣٧ الاو جروح الاجفان

٣٣٨ الثانية في اجفان

الثالثة في اجفان

الرابعة في اجفان

٣٣٩ الخامسة في اجفان بالملحة

السادسة في اجفان بالملحة

السابعة في اجفان بالملحة

٣٤٠ الثامنة في اجفان بالملحة

التاسعة في اجفان بالملحة

العاشر في اجفان بالملحة

صحيحة

- ٣٤١ الحادية عشر الشرة الداخلة
- ٣٤٢ الثانية عشر الشعرة
- ٣٤٤ الثالثة عشر الشعيرة
- ٣٤٥ الرابعة عشر الاورام المتكيسة في الاجفان
- ٣٤٦ الخامسة عشر سرطان الاجفان
- المبحث الثالث في آفات المقلة وهي ثمان وعشرون آفة
- الاولى الرمد
- ٣٥١ معالجة الرمد على العموم
- ٣٥٤ الثانية كدم الملتحم
- الثالثة نقاط الملتحم
- الرابعة الاجسام الغريبة بين الاجفان او في طبقات المقلة
- الخامسة تعدد او عية الملتحم
- ٣٥٥ السادسة الظفرة
- السابعة بروج المقلة
- ٣٥٦ الثامنة بثور او خراجات في القرنية الشفافة
- التاسعة قروحها ونواصيرها
- ٣٥٧ العاشرة نكت القرنية
- ٣٥٨ الحادية عشر الايبيوبيون
- الثانية عشر استسقاء المقلة ويسمى الاستسقاء الرمدى
- ٣٦٠ الثالثة عشر العنبة
- الرابعة عشر فتق القرنية او انبثاقها
- ٣٦١ الخامسة عشر تكوين حذقة صناعية
- ٣٦٣ السادسة عشر الكتراتا اى الماء الازرق
- ٣٧٢ السابعة عشر العشا وهو الابصار نهارا

- ٣٧٤ الثامنة عشر اباهرو وهو الابصار ايللا
 التاسعة عشر ديليريا وعواز واج البصر
 ٣٧٥ العشرون الاميوييا
 ٣٧٦ الحادية والعشرون انفيالات
 الثانية والعشرون انكمنة وتسمى القطرة الصافية
 ٣٧٨ الثامنة والعشرون الملول
 ٣٧٩ الرابعة والعشرون تشنج المقللة
 ٣٨٠ الخامسة والعشرون الجعونة
 السادسة والعشرون الميوييا الى قصر البصر
 ٣٨١ السابعة والعشرون انبريزيت اي طول النظر
 ٣٨٢ الثامنة والعشرون اسكيروس المتلة وسرطانها
 ٣٨٧ الفصل الثاني في آفات الاذن وهي ثلاث عشر آفة
 ٣٨٨ الاولى جروح صيوان الاذن
 الثانية قطع الاذن
 ٣٨٩ الثالثة التهاب صيوان الاذن
 الرابعة عدم انتشاب القناة السمعية الظاهرة
 ٣٩٠ الخامسة وجود الاجسام الغريبة الداخلة في الاذن والمتولدة

فيها

- ٣٩١ السادسة بوليبيوس الاذن
 السابعة التهاب المزمن لجدران هذه القناة
 الثامنة خراجات انت والحمى
 ٣٩٢ التاسعة غرق غشاء التنبلة
 العاشرة التهاب الجهاز السمعى الباطن
 ٣٩٣ الحادية عشر انسداد بوق اوستا كيرو صندوق الطبلة

صحيحة

- ٣٩٥ الثانية عشر العظم
الثالثة عشر آفات مختلفة في حنك السمع
- ٣٩٨ الفصل الثالث في آفات الانف والحفرة الانفية وهي خمس عشرة آفة
- ٣٩٩ الاولى الجروح
- الثانية كسر عظام الانف
- ٤٠٠ الثالثة فقد الانف كله
- ٤٠١ الرابعة ضيق الحياشيم
- ٤٠٢ الخامسة اورام الانف
- السادسة ميل الانف الى احد الجانبين
- السابعة انفصالات غير طبيعية في الانف
- ٤٠٣ الثامنة القروح السرطانية في الانف
- التاسعة تآكل ليل الانف
- العاشرة الابعاس الغريبة الداخلة في الحفرة الانفية
- ٤٠٤ الحادية عشر التهاب الغشاء المخاطي
- ٤٠٥ الثانية عشر التهاب الجيوب الفكية
- ٤٠٦ الثالثة عشر بوليوس الحفرة الانفية
- ٤١٢ الرابعة عشر فطر الجيوب الفكية
- ٤١٣ الخامسة عشر الرعاف

الباب الثاني في آفات الحبيبات العنسة والعامود الشوكي وهي

اصدى عشرة آفة

- ٤١٤ الاولى الجروح
- ٤١٥ الثانية البثور الجياى الالتهاب الخاد في الاعصاب

الثالثة الاتهاب المزمن في الاعصاب ويسمى الوجع العصبي

٤١٧ الرابعة ورام الاعصاب

الخامسة الدورن المولم تحت الجلد

السادسة جروح العظام والفقرات

٤١٨ السابعة ارتجاج الخنق الشوكي

٤١٩ الثامنة كسر الفقرات

التاسعة وفي الفقرات

٤٢٠ العشرة الاثنى عشر الفموري واستسقا الاثنى عشر الفموري او الاسبينيا

ببقيد

٤٢١ الحادية عشر زنج السلسلة الفمورية ويسمى داء بوث او الحدية

٤٢٢ الباب الثالث في امراض المركز المخي وفيه فصول

الفصل الاول في آفات الجمجمة وهي ثنتان

الاولى الجروح

٤٢٦ الثانية كسر عظام الجمجمة

٤٢٨ انفصل الثاني في آفات المخ واعشيتته وهي خمس

الاولى جروح المخ

٤٣١ الثانية ارتجاج المخ

٤٣٢ الثالثة الاتهاب الجرحي في المخ واعشيتته

٤٣٤ الرابعة خراجات الكبد

الخامسة تضغط المخ

٤٣٦ الكلام على عملية ثقب الجمجمة

٤٤٠ الكتاب السابع في آفات جهاز الحركة الاتقالية

الفصل الاول في آفات العضلات وما يتعلق بها وهي ثمان آفات

مجموعه

الاولى هتك العضلات من ذاتها

٤٤١ الثانية انقساخ العضلات

الثالثة القثق

٤٤٢ الرابعة التيتنوس الجرجي

٤٤٣ الخامسة انكماش العضلات

٤٤٤ السادسة آفات الاوتار

السابعة بروج الاوتار

٤٤٥ الثامنة هتك الاوتار

٤٤٦ الفصل الثاني في آفات المفاصل

٤٥٢ الكلام على خلق المفاصل ومعالجتها تفصيلا

٤٦٠ الكلام على امراض المفاصل

٤٦٧ الكلام على خلق المفاصل اى قطعها

٤٧٠ الفصل الثالث في آفات العظام وهى سبع

الاولى الكسر

٤٧٥ الكلام على معالجة الكسر

٤٨٠ الكلام على كسر العظام تفصيلا

٥٠٨ الثانية انحناء الرجل بعد الكسر

٥٠٩ الثالثة عدم التئام الكسر

٥١١ الرابعة تعرى العظام

الخامسة جروح العظام

٥١٢ السادسة الالتهاب الحاد للعظام

٥٢٠ الفصل الرابع فى بتر الاطراف

٥٢٧ المبحث الاول البتر فى متصل الاطراف

كلام كل على البتر الخلقى عموما

- ٥٣٤ الكلام على البتر في الاهداب
- ٥٣٥ الكلام على البتر الحلقى خصوصاً وهو في اربعة مواضع
الاول المقصد
- ٥٣٦ الثاني بتر الساعد
- ٥٣٧ الثالث البتر الحلقى للفتن
- ٥٣٨ الرابع بتر الساق
- ٥٣٩ المبحث الثالث في البتر من المفصل ومواضعه اثنا عشر
- ٥٤٠ الاول بتر العنق من مفصله مع الكتف
- ٥٤١ الثاني بتر العنق من مفصله المرفق
- ٥٤٢ الثالث بتر الكف من مفصله الرسغ
- ٥٤٣ الرابع بتر الابهام من المفصل المشطى
- الخامس بتر البصر من مفصله الرسغ المشطى
- السادس بتر الاصابع من مفاصلها المشطية السلامية
- ٥٤٤ السابع بتر الاصابع من مفاصلها السلامية
- ٥٤٥ الثامن بتر الفخذ من مفصله الحرقى
- ٥٤٦ التاسع بتره من المفصل القصبي
- ٥٤٨ العاشر بتر القدم من مفصله الرسغ اى مفصله مع الكتف والعقب
والزورق والتردى
- ٥٤٩ الحادى عشر بتر بعض اجزاء القدم من المفصل الرسغى المشطى
- ٥٥٠ الثانى عشر بتر اصابع القدم



حمدك يا من تعالى عن لواحق المملولات والعمال * وتنزه عن لوازم الاسرام
 من التغير والسامة والملل * شفاء النفوس والارواح وراحة الفؤاد عند آلام
 الجراح ومنتهى بلوغ الامل * فسبحانك من آله اتقن ما صنع واحكم ما له
 ابداع واخترع وقبض من شاء لمزاولة العمل * خلقت الموت والحياة وقدرت
 السلامة والنجاة وجعلت لكل مخلوق اجل * فاستوهبك الصلاة والسلام
 واستهديك الاجلال والاكرام واستلك القصبات الاول * الى طب القلوب
 وانمواد ورب الشفاعة في يوم التناد وآله وتعبه ما طلع نجم او اقل * يا ما بعد
 فيقول رهين المساوى محمد الهراوى انه لما كان اشراق المملكة المصرية
 واستشارة ارجائها البهية من قديم الزمان بالعلوم والمعارف وبديع الصنائع
 واللطائف ورأت ان ذلك قد اندرس منها معالمه منذ ازمان ونسويت ما اثره حتى
 كاد ان لا يذكربلسان تعلقت باذيال من دعته المعالي لقبولها وقد كان منها

لغيره الا بالثبوت واعتبارت بحماه في خدمة اعتايه حتى تكون لها تجارة
ان ثبوت واستقيمت عزمه في ان يجمع مائة رقة منسابة في المالكة ويرده اليها من
اقرب الطرق والمسالك

وزير رقي في الجسد غاية ذروة * وفي الحمد والعلية ارفع منزل
فان يدع في الاخلاق كان محمدا * وان يدع في العلية كان ابا علي
فاجابها بوجه باسم طلق وبسط بساط القبول لكل ما كت من اهلها
ومناطق ومكانهم من بابهم ومن كل ما فيه يرغبون فتراهم على اعتبارهم من دحين
من كل سبب ينسلون ومن جملة من حضر افسح هذه الساعة فرقة من مهرة
علم الطب والجراحة كان بهم بلوغ الحظ الاوفر من هذا الفن ونيل المرام على
ما ينبغي يتبينه لا بحسب الظن حيث تحصلت منهم كتبه المعتمدة وصارت من
جولة الكتب العربية المقتدرة وكان اعظم من حضر من هؤلاء المهرة وعرف
بالعمليات المشهورة كآوت بك صاحب الباع الطويل في اعمال اليد والابداع
الجميل عند التدبير بها بالوقوف على الحد لذلك اختار ان يتولى تعليم الجراحة
بنفسه وان يترجم من كتبها كتاب المعلم يبين اياكون محل درسه لكنه لشدة
لختصاره كان في التوضيح لا ينفي الغليل * ولا يفهم المراد من عبارته بقوة
الصريح الا القليل ففهم اليه في اكثر الجمل عبارات يتلججها المقام وامتزجت
به من غير تميز عن الاصل الامتزاج التام فزاد بذلك عن اصله نحو الثلث تقريبا
وجاد اليوم عن اسمه بسبب ما نسم اليه وما صنع فيه صفوة وتصويبا حيث ترجمه
انكروا باو حنا عند وري المترجم الاول بالاملاء ولجملة من اصحابي وكل بذل فيه
طاقتهم وزادت فيه متاعبي واصابي وكنت حينئذ استلثه او حضور دراسته اجهد
نفسي في مراجعة المراجعة العربية لا جري اصطلاحها في عبارته بخفاء بجهد
الله كتابا بحسبها واصيا بالمرام كافيا في فقه كاشف عن غوامض اللثام وكان خامس
كتاب طب عنه من كتب الفنون الطبية من بعد تهذيبه واجرائه على اساليب الكتب
العربية ولا اقول ان تعبي في تحريره بلغ السها ووصي في تنقيحه وصل المنتها
فان انسجام مبادئه شاهد بذلك واتساق معانيه رقيب على ما هنالك وقد بلغ

من ذلك والله الحمد له وكل عامل سبيل في عمله وقد سمعته مبلغ البراح في حق
الجراح او غاية الخلد في اعمال اليد واجيبا من المولى الكريم ان لا يخيب فيه
متاعبي وان يتق به عباده مع بلوغه ما يري انه اكرم مشول واعز مأمول
وسياحة جامعة كلوت بركت

لما انتصبت لتدبير مدرسة ابي زعبل وتنظيمها لم اقتصر على القيام بوظيفة
رياسة المدرسة فقط بل اردت ان تكون لي حصنة في التعليم فاخترت تعليم علم
الامراض الجراحية لما انه الذي من غيره ولكوفي رأيت نفسي فيه امثل من
غيري لكنني خفت من ان اعتمد على ضعف معارف وتجاربي واولف كتابا
من نفسي في هذا الفن فاضطرت لان اعتمد على احد المؤلفات الموجودة
المختارة فلم اجد احسن من مؤلف الحكيم بيجن لكونه ظهر لي ان قواعده وتقاسيمه
مختارة عن غيرهما مما هو موجود في كتب المؤلفين المحدثين ثم بعد مدة
ظهر مؤلف اخر هو مؤلف الحكيم بروسيه وسانسون وهو يشتمل على
الامراض الباطنة والظاهرة معا فوجدت ان القسم الجراحى من هذا المؤلف
وان كان عظيما جدا لا يوافق فهم التلامذة ولا طاقة اهم عليه وزيادة على ذلك
وجدت ترتيبه للامراض خلاف الترتيب اللازم لتدريس الجراحة حيث يجمع
الامراض التي لا مناسبة بينها في محل واحد لكنني لما رأيت كتاب بيجن المذكور
مختصرا جدا اضطرت الى ان اضيف اليه ما هو ناقص منه فالذي اضفته من
عندي قليل جدا بالنسبة للذي اقتطفته من اجود المؤلفات فبذلك زاد كتابي
هذا عن مؤلف بيجن نحو الثلاث اضعاف ورت لا اجل تسهيل فهمه على مطالعيه
الى ان اذهب العبارات في محلات كثيرة بدون ان اغير المعنى وبعثت ظهور مؤلف
بيجن المذكور بعشرين استكشفت استكشافات جديدة مفيدة في الجراحة
فاجتهدت في ادخالها في مؤلفي هذا واضفت اليه ايضا مجموع رسم الالات والاجهزة
المذكورة في هذا المؤلف مع شرح اشكالها وقياس كل منها ووقعت على
المقصود في هذا المؤلف تاريخ الجراحة والصفات التي ينبغي ان يكون عليها الجراح

فينتهي الى ان هذا المؤلف على ما هو عليه الآن كاف في ان يفيد الافادة الكلية بحيث يخرج بما يستفاد منه جراحون جيدون وحق اذا حصل في زمان قصصة يترجم كتاب اوسع منه والذي ترجم هذا المؤلف يوحنا عنده روى الذي يلزمنا ان تتبع له بقوة اقرحة والاجتهاد فانه لم يعمل شيئا لتكون ترجمته متقنة بقدر الامكان ولاجل ان يستغل بدون جهل تعلم الاصراس وشاهد بعينه بعض العمليات التشريحية الجراحية الخاصة والمرضية وبالاختصاص انه صار جراحا والذي سمعه الشيخ محمد الهراوي المصنف الاول لهذه المدرسة وهو الذي اعدم من وقت انشاء المدرسة لتجميع الدروس والكتب المترجمة وبسبب كونه جمع بين اتقان اللغة العربية ومعرفة الطب اعطى لهذه الترجمة رونقا فخرى بالعبارة العربية والبلاغة الخصوصية لوجوده في هذا الكتاب وهو الذي باشر طبع هذا المؤلف كغيره من الكتب التي جددت في فنون الطب

ويماجه كتاب پيرين

على حسب التقدم في الفن تتسع مسائله وتكثر دوائه ويصعب تعاطيه فيكون احتياجه للتأليف فيها اكثر للاعانة على دوامه لان الكتب التي تولت في هذا فن تفيد الطالب حقيقة المبادئ التي يلزمه ان يبحث عنها وتكون له بمنزلة دليل يهتدى به الى المشاهدات الطبيعية والى مطالعة المؤلفات المبينة لحقيقة الاحوال بالتدقيق لانها توضح له بوجه ما صورة العلم ويذكر به ما سمعه وتعرفه اجزاءه تعريفا عاما ومن المعلوم ان كلام من الاشخاص العارفين والجراحين المجريين الذين يخشون من النسيان ومن ان تبعد اعمالهم عن قواني العلم يرغب في ان يجد في صفحاته تيسرا يحل ما تعلمه ليقطع بسرعة الاجزاء المهمة العلمية والعملية من فن تستغرق ممارسته جميع حياته فاذن يكون الاقصاد بكلام وجيز عن الاشياء المهمة والقواعد الاساسية لجراحة معقولة بالفعل يهتدى للجراحين والتلامذة الممارسين للاعمال كآبا كافيا لان يرشدهما عند رؤية المرضى للوقوف على آفاتهم الجراحية وعند الاستقصاء في قاعات التشرح للوقوف

على التغيرات المرضية الناشئة عن هذه الافات والمتكوتة هي منها ويرشدهما
 لعمل العمليات التي تستدعيها آفات الجسم البشري سواء الحى والميت وهذه
 الغايات الثلاث هي التي قصدت تحصيلها في هذا الكتاب وقد اوجبتى قصدي
 ان احصر في مجلد واحد مجمل الجراحة والتشريح المرضي المخصوص بالافات
 الجراحية الذي معرفته في عصرنا هذا لازمة لدراستها وشرح طرق العمليات
 الاكثر اهمية ما من غيرها لان اجمع التقسيمات مع التوضيح وتحرير العبارات
 فان المناقشات الفنية والاقيسة الوهمية والمحسنات العلمية البليغة وجميع
 ما اتسعت به الكتب المستجدة في الطب والجراحة ونالت به الخطوة بما هو من هذا
 القليل يجب ان يرقض من كتاب يكون على هذا القصد ويلزم من ذلك ان يجازى مواد
 الكلام واجمال المشاهدات وطى المقدمات والاسراع بالنتائج وتقرر الوصايا
 في التوضيح مع الاختصار وتحصيل هذا كله مما يلزم له مشقة في جملة وتفصيله
 ولا شك ان تحصيل مثل هذه المقاصد من هذا المؤلف لا يتم على وجه جيد بقدر
 ما هو مستحضر في ذهن المؤلف اذ يوسعة الكلام في كثير من المجال والمثل الذي
 يحصل من سوقه على ونيرة واحدة وقولة ليس الكلام عما يصدر المطلق عنه
 ولم يقترن اجتهاده بالرغبة في العلم والتثبت به هذا ومن المؤلفات الجراحية
 التي بايد بنا وايدى التلامذة مؤلف الحكيم دليش وهو كتاب قديم وترتيبه المعيب
 الذي جعله سببا لتأليفه اظن انه هو اكبر سبب لعدم النجاح الذي كان مؤملا
 فيه ومنها المؤلف المعتبر للمعلم بويه ويظهر انه كان مؤلفا في نهاية القرن الاخير
 واعتنى به جدا حتى انه لم يذكر فيه ادنى اجتهاد لاستكشاف من الاستكشافات
 التي اتسعت بها الجراحة في عصرنا هذا ومنها كتاب المعلم ويشرن المعنى بشرح
 صفة الامراض وعلم الشفاء الجراحي وهو مؤلف غير متجرب فيه يوجع في كل صفحة
 من صفحاته اثر مذهب الاطلوحيين القائلين ان المرض امر وجودي مستقل
 ليس تغيرا عضويا وهو مرفوض من الاذهان الجيدة من زمن طويل ومن الفضول
 في الكلام ان نشة غل بتوضيح عيوب هذا الكتاب فان نفس مؤلفه اعترضه
 باعتراض اضعف فيه حيث ذم في خطبة مدوسية اكثر الطرق التي كان مدحها بانها

بأدلة جرد اورسها رجا خطيا الترخ في اذهان التلاميذ رسوخا جيدا وهذا
 الكتاب لا مشابهة بينه وبين المؤلف الذي لا نظيره للمعلم سبتييه الذي صار الان
 ضروريا للجراحين الممارسين للاعمال فان هذا المؤلف الملقب بالقواعد الجديدة
 الجراحية تفضل فيه قصة كل آفة جراحية لم يشتغل بها مؤلف الكتاب الملقب
 بالطب العملي فيوجد في هذا المؤلف الشروح الاجمالية والتفصيلية
 لمصووص العمليات التي يبحث عنها بدون فائدة في مؤلفات انركيف لا والجراح
 الماهر الذي تشرفت به بلاد فرانسادون جميع الجراحين وهو د. بوترن صكان
 جميع هذا المؤلف في حال الطبع الجديد ومن الواضح انه لا يوجد في عصرنا هذا
 مؤلف واحد في الجراحة موافق لتقدم العلم في حالته الراهنة فان الاراء
 الفيلسوفية المرافقة لان يتعلمها المتعلمون ومعالجة لآفات الجراحية والمهم
 من الطرق الشغائية المهمة بها اكثر من غيرها واكثر الوجوه العلمية التي اتسعت
 من جراحين مجريين في هذا العصر لم ترل منقطة في وسائل مستقلة او متعلقة بفن
 من تلك الفنون ولم تدخل في مؤلفات عامة تفصيلية او مؤلفات اساسية
 اجمالية ولذلك جاءت هذه المشاهدات وهذه المبادئ لايين الحاله الراهنة للعلم
 مع الاجباز في القول والانتقائ في العبارات وانا وان لم اوف بجميع ما قصده
 فقد كانت نفسي في تميم ذلك غاية جهدها واعدت نفسي من السعد آ حيث وصلت
 الى هذا الحد وامل في هذا المؤلف وان لم يكن مستوفي الكمال ان يرضي عني
 عطا العود ويعذروني فيما يعابونه

نبذة في تاريخ الجراحة

لاشك ان الجراحة سابقة على الطب اذ هي صناعة وهو علم والصناعة مقدمة
 على المعلم والحديث يقتضي بان اول من رأى سيلان دم من شخص مثله واضطر
 لحبسه تفكرا فيما يحصل له هذا القرض فارشده فكره لان يضغط بيده على محل
 السيلان فما تحبس بذلك ثم ابدله برباط صنعه من اول نبات سهل وجد محاضرا
 فنشأ من ذلك اتخاذ الاربطة وتظهر ان الجروح والتقروح والكسور والخلع

هي الامراض الاول التي اعترت الانسان لانه بسبب احتياجه لتحصيل مدينته مضطر لمباشرة اسبابها من التعب والكد والمحاولة عن النفس من الوحوش الضاربة وعسر تشخيص الامراض الباطنة ممكن سبب التأخر الطب عن الجراحة فكان الطب نشأ من الجراحة * والجراحة كانت موجودة عند قدماء المصريين لان الديار المصرية من حيث انها عظمية النشأ بعدا في ميدان التوارخ يظهر انها كانت اول وطن للعلوم والصناعات فان لم يكونا نشأ فيهما فلا اقل من ان يكونا اوريا اليها محتمين فيها من بلاد الصين والهند والجاون وقد كانت ممارسة الجراحة في الديار المصرية في سالف الزمان جزءا من الديانة فالتسليم نزل فشاهد في الاثار القديمة من الاجاروت نحوها صور ارباب الديانات وهم يقصدون ويشرطون ويقفلون الكي في الصدغين ونقرة القفا والصدور غير ان جراحاتهم كانت قاصرة على هذه الوسائط القليلة وعلى بعض فوايد طبية كانوا يرمونها على جدران معابدهم

جراحة عند قدماء
المصريين

* وجراحة العبرانيين لا بد وانها لا تخالف جراحة المصريين لكونهم اقنودا بهم في معظم اخلاقهم وعواظهم واحتقاداتهم ولم تتقدم الجراحة بعض تقدم الآفي زمن سيدنا موسى عليه السلام ويسند دل على كثرة معارف هذا الانسان العظيم في علم الصحة من كتبه فان الختان المأمور به فيها من العمليات التي تستدعي طرقا عظيمة في الجراحة لا بد عنها

الجراحة عند
العبرانيين

* واما اليونانيون فكان الطب في عصرهم الاول مثل ما كان عند المصريين يعطاه منهم الكهنة وارباب الديانة حتى انهم على عاداتهم في الخرافات جعلوا الهامحوه اله الطب وهو اسكولا ييوس اقاموا له معابد كانت تذهب اليها المرضى لتذبح فيها القرىانات وتطلب رأي الكهنة الذين كانوا يلجعون الكتابة الاسومة على جدران المعابد فانها كانت مشتملة على علامات الامراض والادوية التي حصل منها النجاح في مثل هذه الامراض واعظم معبد كانوا اقاموه لاسكولا ييوس معبدا يبيذور وكانت مدينة اهل الكهف كانت تاتي اليه المرضى من كل بلدة فيشفون والسبب الرئيس في الشفاء الغريب الذي كان يحصل ا لهم

الجراحة عند
اليونانيين

نقاوة الهواء الذي كان في ذلك المكان وأنواع اللحم والحظ مع نصيب الكهنة
 الاطبا واسكولا يوس المذكور كان طبيباً ما هرا قيل انه ولد قبل الهجرة بالف
 وسبع مائة وثلاث واربعين سنة ونسب اليه اليونانيون في خرافاتهم معالجات
 عجبية غريبة عن العقل حتى نسبوا له احياء الموتى وكان هذا هو السبب في تأليههم
 له وكان له ولدان احدهما يداليروس والثاني ماخارون وكانا بالجراحين الاولين
 في ابيش الشهير الذي كان رأسه اجنوني وكان ابيش المذكور مجيشا على
 مدينة ترويه العظمى المشهورة بالاناسول في الاريا الصغرى فكان اسمها
 عندي بالذات ابيش في ثغاء بحر حى وفي الطاعون الذي حل به وفي بقية الاضرار
 الممثلة التي كانت احاطت به

زمن ابيوقراط

وبعد هذه الزمن الذي كان وجود الجراحة فيه على سبيل الحدس والظن جاء
 زمن للجراحة شتى وكما اكثر منه وهو زمن افلاطون وقد ظهر في هذا الزمن
 انسان عجيب كائن من رسل من السماء لتفريج كرب امته وهو ابيوقراط المكنى
 بابي الطب كانت ولادته في جزيرة كروس قبل الهجرة بنحو الف واربعين سنة
 وعاش مائة سنة واربعين كان من ذرم اطباء ماهرة ونحن مدينون له في المواقف
 الاول الذي كتبه في الطب والجراحة كان من عمل في زمنه العمليات الجراحية
 العسرة كعملية الثقب والبر واستئصال البوليروس والبرز وناصور الشرج
 وغير ذلك وتكلم على الاربطة والادوية والاكلات لنافعة في تجبير الكسور و
 اندام وقروروصايا عشية في مداواة الجروح والقروح بل وفي طريقة توليد القوابل
 لتساء وغير ذلك غير انه حرم على تلامذته عملية استئصال الحصاة آخذاً عليهم
 الميثاق بذلك في العمر الذي كان يحلفهم به وليس ذلك بغريب فان هذه
 العملية كان لا يعملها الا الجربون لها المترنون عليها اعتماداً على التجربة فقط
 لا على معارف تشريحية فكان سررها اكثر من نفعها ومن ذلك يعلم انه لم يحصل
 للجراحة تقدم ولا براح على ايدي خلفاء ابيوقراط بل تقهقرت واضمحلت حالها
 * واما زمن الاسكندر الكبير وهو اسكندر بن فيليبس الذي ولد في بلدة بلوقبل
 الهجرة بنحو تسع مائة واربعين سنة فمضى فيه الطب بسبب جباية الاسكندر

حال الطب في زمن
 الاسكندر

المذكور وتعاضده لمرشده الفيلسوف الكبير ارسطاليس احد افلاسة
المشهورين في الاعصر السالفة وكانت ولادته في استاريجيرا بلدة من اقليم
المقدونيا قبل الهجرة بنحو تسع مائة وسبعين سنة درس الطب من اول زمر
وتعلق به لکن کان اکثر اشتغاله بعلم المواليد وبسبب شهرته وعظم شأنه اقصاه
الاسكندر الكبير ليكون مرشدا له واشتغال هذا الفيلسوف بالتشريح الحيواني
واجب الاستعداد والتهيو والتدوين فن التشريح البشري الذي لولا ما كان الطب
والجراحة حين لا يوقف لهما على حقيقة فيكونان تحت الشك والريب ولذلك
انشأ الملك المذكور مدرسة الاسكندرية التي صارت بعد موته مركزا للعلوم
والمعارف توافدت اليها افلاسة الدنيا وانجذبت من كل جهة لاجمالها وشهرتها
حفظ بل لغرابة كثرة الكتب التي اشتراها الا بطولوميون من كل جهة وجعلوها
في معبد هنالك واقام بها ايرازسترات وهو طبيب يوناني ولد في جزيرة ليوس وكان
ابن اخت ارسطاليس وهو اول من شرح الجسم البشري وايرونيبل وكان
موجودا في عصره واشتغل بالتشريح البشري ايضا فنسب له كشف الاعية
البنية وعلى يد كل منهما تقدمت الجراحة تقدما عظيما في هذا الزمن ابتداء
تأخذ في ان تكون فنا متميزا عن الطبيب واكثر العمليات المرحمة كانت تفعلها
اشخاص مستقلة بها لا يشتغلون بغيرها ومع هذا فلم يصل اليها من وثائق اطباء
الاسكندرية الماهرة ولا مؤلف واحد لان تاكيههم ومناهم صارت غنية للحريق
الذي رعى لهية كتب المدرسة المذكورة * والجراحة عند الرومانيين كانت
متقدمة ايضا فان مدينة روم حين كانت غنية قوية كانت لرسمي ملك العالم
باسره وكانت تسمى اليها الجراحون من كل جهة منجذبين نحوها من كل مكان
مؤملين منها الحظ الوافر القريب الحصول قاوول من استوطنهم الفيلسوف
اسكليبياديس وهو طبيب مدينة بروسا في اقليم البيثينيا او بولانيا لان اقليمه تفكك
بعد ان اكتسب شأنا عظيما في لازيا وكان ذلك قبل الهجرة بست مائة وسبعين
سنة تقريبا فهو اول من مارس الطب والجراحة في هذه المدينة العريقة وعمل
فيها عملية القطع الشعبي واخترع صنع ادوية فلدية كثيرة وتمم بجميع اجزائه

احد عند الرومانيين

فن انشاء مع الجراح وكانت فاعته انه يجيب على الطبيب ان يبالغ بطريقتة
 مأمونة سريعة لطيفة ومن استوطنها ينسا تميزين وكان النجيب من تلامذة
 اسكيبيلادس واصله من نريسيابدة في الاكرويا الصغرى واخترع مخدشات
 طيبة كثيرة منها ما هو مستعمل الى يومنا هذا كالدبا كبد يوم وهو تجهيز
 السموم والديا كود يوم وهو تجهيز شراب الخشخاش وله افخر في كونه اول
 من استعمل العلق ومن استوطنها ينسا شيلا كان موجودا بها في حدود
 اثناس مائة قبل الهجرة فهو اجد من صنف في فن الجراحة من المؤمنين القدماء
 اذكره حرره في سنة من اقول من قبله في هذا الفن اجدوها وبعده وشرح اكثر
 العمليات الجراحية رويها مع غاية لاتقان كعملية قدح الماء الازرق وعمليات
 التماسخ والتبليغ والحصاة واستئصال الاسنان وغير ذلك وهذا يدل على
 انه كان براعا ما عدا من بعده الى زمن جالينوس لم يحصل للجراحة تقدم اصلا
 واذبراح ربي نيسوس المدكور كانت ولادته في بيرجامه مدينة بالازيا الصغرى
 في حدود الاربع مائة قبل الهجرة وكان من اطباء العصر الخالية المهرت بعده
 ابوقراط ولم يحصل للجراحة على يديه تقدم لانه كان يمنع استعمال العمليات
 الجراحية من ذلك اخذت الجراحة في تلك الايام الى عصر العرب * والعرب
 بعد ان استولت على الديار المصرية والاريا وبلاد اليونان وجزء من الاوربا
 عضدت العلماء العباسيون اهل العلوم وقورهم ورغبوهم وانشأوا لهم مدارس
 طبية وغيرها فان الخليفة المنصور فتح مدرسة للطب ببغداد وبها من بعده
 خليفته هارون الرشيد فعرض العلوم مثله ونظم الى دولته جميع الذين كانوا مارسوا
 العلوم وفتح في دمشق مدرسة ايضا غير ان جميع البلاد الداخلة تحت سلطنة
 العرب لم يبلغ من في ذلك الوقت الدرجة العليا من العز والسعادة الا مملكة اسبانيا
 المحرقة عند العرب ببلاد الاندلس نظر المتاجرها وصنائعها وعددها فلذلك
 انشأت العرب فيها عدة مدارس منها مدرسة وسيليا المشهورة بمدرسته ومدرسة
 كردوه المشهورة بطبها ومدرسة توليديه واستمرت هذه المدارس بمجدة فخمة
 اكثر من مدارس الدنيا ومع هذا فكان تقدم الجراحة على ايدى العرب قليلا

الجراحة في عصره

لكونهم اکتفوا بنقل كتب اليونانيين بسبب عدم امكان تعلم الشریح الاخرى
 عندهم لما انه رجس محرم في ديانتهم وقد منعهم الحياء الكاذب ونحوه من ان
 من الانزفة عن ان يشتغلوا باوقات اعضاء التناسل وشدة غیرتهم على النساء فان
 سببا في ان يغضوا البعض النساء الجاهلات الخاليات من المعارف فلهذا
 العمليات في نسائهم كعملية الحصة ورداقتق ونحو ذلك ومع هذا كانت
 الجراحة عندهم قاسية شديدة فكانوا يعالجون الناصور الدمي بسبب الرصاص
 الذائب في القنطرة الانغية ويشقون القيلة المائية بسكين في النار
 ويستعملون في البتر سكيناً محمما ايضا ويغمسون باقي الطرف المقطوع في اسرار
 المغلي وكانوا يسرفون في مدح الكي والابصاع عليه * هذا وقد ساهر من العرب
 بجله اطباء عظام اولهم الامام ابو بكر محمد المنتصور الرازي عالم بعد ادويةها
 كان طبيا بيمارسه ثمانها رويت عنه من اثار غريبة في تاريخ الجراحة وكان
 في القرن الرابع من الهجرة ومنهم علي ابن عباس الفارسي كان موجودا بعد
 الرازي الف كتابه المشهور بمكمل الصناعة في الطب واشتغل بالجراحة قليلا وحاز
 القصر الجليل بكونه جمع تأملاته ومشاهداته في الممارسات وهذا دليل كاف
 على قدم فن الاكلينك اي تعليم الاسهل من في المرني وهي على اسرتها ومنهم اس
 سينا الملقب بارتيس وهو في الحقيقة ليس طبيا وانما جمع مؤلفات اسوقراط
 وارسطاليس وجالينوس والرازي وكانت معارفه التشريحية قليلة والجراحية
 ضعيفة فهو لاء الثلاثة هم اشهر اطباء العرب وكانوا في القرن الرابع والقرن
 الخامس من الهجرة واما القرن السادس فظهر فيه جماعة منهم ابو ثاريس
 طبيب عربي اسبانيولى الف في العمليات الجراحية الاكثر اعتبا او اوسى بالكي
 بالنار في اكثر الداءات الموضعية واشتغل بفن الولادة ومنهم ادريس بن عبد الله
 اسبانيولى الف ايضا بعض اشياء حسنة في الجراحة ومنهم ابو يونس تلميذ الكندي
 كتب في الجراحة ايضا لكنه كان في المعارف ادنى من معلمه وكان في القرن
 السابع من الهجرة والمتأخرون من بعده هؤلاء من الاطباء والممارسين العرب
 لا يستحقون ان يذكرنا وكذا كتبهم لا تستحق المطبعة فيها بكونه اس

- في ينبغي اعتبارهم ان دوام الطروب التي اضطرت اليها العرب لمقاومة النصارى
 منعهم عن ان يستمروا بممارسهم للعلوم لان اكثرهم منهم اذ ذالك كانت في مراعاة
 حفظ انفسهم واستمر ذلك الى القرن التاسع الذي اخذت فيه الاسبانيا من
 العرب وقهروا على مغادرة تها. هذا في مسدة عتقوا ان عصر العرب وزهوه كانت
 قبائل الاوربا موروثة في بحار الجهل ماثرة في ظلمانه وكان الطب عندهم كما كان
 في اول اعصره بمارسه رؤساء الديانة من القسيسين منهم والرهبان الى ان تنورت
 عقول اهل الاوربا من الذين حضروا في الجيوش التي جردتها النصارى لمحاربة
 المسلمين في الديار المعاصرة والصورية فنقلوا ما وافقت العرب الى بلادهم وترجموها
 الى اللغة اللاتينية واستمروا يعلمونها في مدارس الاوربا مناطق بلا تظهر قليل من
 الجراحين الماهرة منهم انبروج وباري جراح ماهر فرنساوي ملقب عندهم بابي
 الجراحة كان عارفا بمارساوه والذي اخترع ربط الشرايين واحيي معظم الاعمال
 الجراحية وكان وجوده في القرن التاسع من الهجرة وخرج بواسطة مؤلفاته فيها
 كثير من الجراحين الماهرة الممارسين اكن لم يكن احدهم منهم يساويه في الشطارة
 والمهارة الى القرن الثاني عشر من الهجرة وهو الذي طهر فيه في فرنسا ملك عظيم
 الشأن قوى العلوم واشهرها وانشاء مستشفى خبيثة ومارستانات وخليفته من بعده
 انشا مدرسة الجراحة في باريس المشهورة بالملكية المشتملة على امهر الجراحين
 من قبائل الاوربا الذين منهم جوفى لويرى بقيت صاحب الخلق العالي وربما طال
 الكلام لو ذكرنا بطم الغفير من مهرة الجراحين الذين كانوا في عصر بنيت المذكور *
 واما القرن الثالث عشر من الهجرة وهو هذا القرن فوجد فيه المعلم دسولت اشهر
 جراحى الاوربا بعد بنيت ومن مدرسته خرج اكثر الجراحين العظام في هذا العصر
 ففي فرنسا منهم المعلم بوييه ودوبو وديوبترن وغيرهم وفي ايطاليا اسكاريا ووكا
 وفي بلاد الانجليز بتي وآزليكو برو وغير هؤلاء في عصرنا هذا عدة من مهرة
 الجراحين لا تحصى * ولتذكر الان استحياء الطب والجراحة عند العرب
 بعد موتها فنقول قد ذكرنا ان الطب والجراحة وغيرهما من العلوم بعد انحطاط
 الخلفاء هجرت عند العرب بالكلية فلم تحز العرب في هذه المدة مدارس طبية ولا

حال الطب عند
 في عصر العرب

استحياء الطب والج
 عند العرب

مارستانات ولا اطباء انما كانت المؤلفات القديمة في العرب شفوطة عندهم في ذلك
 زعم بعض الناس منهم انهم بذلك اطباء واعمال الجراحية كان يتولونها هم
 الحلاقون الجهلة وبالجمل في بلاد العرب بالنظر للعلوم والمعارف كانت في ذلك
 الاحتمال والجهل الى ان ظهرت في الانسان الكمال ذو الترقية العالية والاعمال
 العظيم فاداه اجتهاده الى ان يهزم جيوش الجهل وسوء تصرفه من ذلك البلاد
 فيها العلوم والمعارف ويردهما الى تلك البلاد التي كانت معدتها لها و
 الانسان الفريد هو ذو السعادة اقتدى بنا محمد بن وحين توجه مقصده الحميد الى
 اصلاح الديار المصرية وتجديد ما هو ضروري لاصلاحها ادركه بحسن فسته
 ان للطب ارتباطا كبيرا بما يؤول اليه سعد البشر ونجاحه بطلب من الاوربا طبيا
 مع من جلبه من ضباط العسكرية وارباب الحرف والصناعات الخ من رعيته اذ
 وارباب صناعات وكان في هذا الشأن كالرجال العظام الذين بين التوائين والترتيب
 والانتظام فجعل اول ما التفت اليه في رعيته حسن التمدن فابتدأ بما يتعلق
 بالعسكرية فانشأ معسكرا مرتباً منتظماً وجعل له اطباء واجراحيين وانشأ فيه
 مارستانات شتى وكنت من جملة الاطباء المحضرين من الاوربا الى هذا التلميذ رتبة
 باش طبيب وجراح المعسكر ~~الذي~~ ^{التي} خدمته الحدة في ذلك اليوم رتبة
 غير كاملة اترتيب فرتبها على قواعد قانون نامه الفرنسي في ذلك
 الجهادي اذ كان خياضيا بين ابي زعبل والناقص وكان عدده اذ كان نحو خمسة
 وعشرين الفا فوجبته الضرورة الى زمة مارستانان هما لمارشي
 الاثنان من ذلك الجيش فسمى هذا المارستان بمارستان ابي زعبل والاخر بمارستان
 منها وهو مارستان واسع بالكفاية يسع من الف مريض الى الف ومائتين مريض
 فيه امهر اطباء الجيش المذكور وخطريه الى انشاء مدرسة خيرية في محضرتهم
 ضباط صحة عسكرية فاعرض لسعادته ذلك الرأي فاستحسنه وتقبله وترتب
 هذا الشأن ما نعان عظيم ان اولهما تعذر تعليم علم صعب كالطب لانه لا يعرفه
 معلومهم تجهل اللغة العربية بالكلية والتراجم الاقتصادية لا تنفع في ذلك
 لانعرف الاصطلاحات الطبية فظفرت بقطع هذا المانع بتقيد بعض العلماء

سبب انشاء مدرسة
 ابي زعبل

ترجمة المترجمين والمنايع الثماني لمحررهم علم التشريح الذي بدوره لا تحصل التربية
الطبية وقد زال هذا المنايع بعناية هذا الوزير الاعظم والذي ترجم من كتب الفن
الاصولية ما هو اكثر اعتبارا عن غيره وقد خرج من المدرسة المذكورة اكثر
من مائتي تلميذ استخدموا في المستشفيات والالابات والسفن وارسل من تلامذتها
اثنا عشر تلميذا متبحرون عن غيرهم بامر معادته الى باريس لدار عمليته فدرسوا
قانون النسب فيها ويرجعوا فيكونوا علماء في كافين في المملكة وكنت موكل
في توصيلهم وودعهم في تدمر لابقية بهم وقد جئت معهم في المدرسة الطبية
المملوكية يساريرفت هذا اربابهم بالبحر في الدراسة التي تقدمت لهم بالبحر والامل
واربعاء ان تبنى هذه المدرسة من هرة تحت كنف هذا الوزير الاعظم الشجاع
الأنرم المشي نهما وحمايته ونه عوله بطول البناء وتاييد الجهد

صفات الجراح

الصفات التي ينبغي ان يكون عليها الجراح حين يمارس وظائفه كثيرة بعضها
دائمية مجبول عليها ربه فها مكنسب من حسن التربية ومن وصايا خصوصية
تتلى عليه او يدرسها لتزيد دائما في كونه احدثك فالطبيعية ان يكون جيد البنية
سليم الاعضاء من العاهات مقبول الهيئة الظاهرة لطيف الطبع سهل الاخلاق
انيساته المرنى وثقوبه وان تكون يدها في وقت الاعمال لطيفتين
ثابتين سريعتي الحركة خصوصا حركة الاصابع فينبغي فيها ان تكون سهلة
سلسلة بشرتها ملسا البنية مستوية السطح مستوف جسمها جميع شروط
الكتل واللحم والرقية وان يكون معتادا على اعمال كل من يديه على حدتها
بسهولة تامة نشير من العمليات لا تقوم فيه احدى اليدين مقام الاخرى
علم الحواس سيما اذنى السمع والبصر عرنا لها على اتقان وظائفها فان تدريبها
على ذلك يزيد في قوة حساسيتها في اتقان الفعل وهذه الصفات الظاهرة وان كان
بقراء آباءهاته لا يلزم الاهتمام بها جدا فهي نافعة اكثر مما يظن لانها يصير
الاستقصاء عن الاجزاء المريضة ومباشرة العمليات سهلين مأمونين لا تردد فيهما

وكثيرا ما تنهى لمن حازها الجراح الاعمال الذي لا يناله بواسطة عقله ومهارته فقط وينبغي للجراح ان يكون متكفلا بقوة حكمة سليمة وذهن ناقص به يتأمل الاحوال القائمة بالمرض ليتحققها فيعين لها الوسائط الاتم في زوالها وان يكون ذا شجاعة ليتم عملياته الشاقة اتقانا ما مناسبا والمعلم شيلسوود ان انه ينبغي ان يكون الجراح جسورا قادرا على ان يضع قلبه فان حصل كلام هذا المعلم على ان يكون المعنى ينبغي ان يكون الجراح لين القلب شغوفا على المرضي عند انينهم وصراخهم فيحمله ذلك على ان يضع قلبه ويسعى في اسعافهم بما ياتون به الشفاء كان ذلك صحيحا وان حصل على ان يكون المعنى عديم الشفقة لا يرقى الى المكرهين الذين يستحقون الاسعاف كان ذلك خطأ فان الجراح الذي بهذه الحماة لا ينبغي ان يجعل ممن يمارس هذا الفن اللطيف لان شأن الجراح الحقيقي ان تأخذ الغيرة والشفقة على المرضي لذارأي ما حل بهم من المصايب ومكابدة الامراض نعم ان اخذ الجراح الجاس واستغزته الحمية على تهجيل المعالجة والاخذ في اسباب الشفاء كان عليه ان لا يلتفت الى قلق المريض من الالام السريعة الزوال والصراخ الذي لا يستمر بحال ولا يركن للحركات الشفقية ويمنع استيلاءها عليه وتآكلها منه لانه يعلم انها اذا اتمكنت من شلها ضربت يده فلا تهتدي لاجراء حركات الالات بجراها لان ذلك لا يكون غير بافع فقطيل مضر او مهلك للمريض وينبغي ان يجهز لوازمه قبل العملية حتى يقصر زمن مشقة المريض وان يستعمل في زمن العملية غاية جهده في تخفيف الالم وتقيصه مع الاجتهاد في تحصيل المتصود وصرف البال عن ما يلهو واعنه فلا يلتفت اليد ولا برهة واحدة فان الرقة والشفقة على المرضي بدون اجتهاد في اراحتهم واعانتهم انما هي رقة كاذبة واما الجراح الذي يقهر نفسه ويغلب ميله في خدمة هؤلاء المستعجزين والذين يقاسون منه آلاما لاجل اعادة صحتهم فهو المحسن ا لهم القاعين ~~للمخبرين~~ المستحقين لان يقابل فعله السي في العاجل بالثنا والحمد وشكر الاحسان في الاجل وهذا وينبغي في الصفات الطبيعية المذكورة ان تصير متقنة بواسطة يمينه جيدة ومدارسة زائدة وينبغي في الجراح ايضا ان يكون ذا مرونة شريف النفس كثير

المعارف في العلوم الطبيعية والكياوية والفيسولوجيا لكون عليه ان يجعل اكثر
 اشتغاله بعلم التشريح لانه الاتق له من حيث ان الجراح المشرح هو الذي يتم
 العمليات في الرضى بجساده ويثيق وعليه لاجل ان يتحرر على العمليات بشطارة
 وسرعة ان يكرر عمل العمليات الجراحية في المولى ويثيقهم بالاجتهاد
 والسرعة كانه يفعلها في الاحياء وان يجرب في المولى جميع التواعد والطرق
 التي يريد ان يعملها في الاحياء وان يكمل معارفه الجراحية
 التي تعلمها في لدروس بكثرة تردده على المارسات الكبيرة
 ومساعدة العمليات وقت عمل الجراحين وينبغي له

فيما يعرض له من الاحوال العسرة ان

يستعين بمعارف معلميه المرشدين له

واخوانه المتعلمين معه او غيرهم

لتكون صناعته دائما نافعة

لا معسرة فبذلك يكتب

الشهيرة القاسرة التي بها

يكرّم الجراحون

المهرة المتقنون

الخيرة

مقدمة

اعلم ان الطب في اول ازمنته لم يمسكن فيه تمييز بين اقسامه المختلفة فلم يتصوره في كتبهم الى طب وجراحة ولم يميزوا كلا منهما بكتب مستقلة كما هو واقع الان فان كتب ابيوقراطوبالينوس وقدماء العرب يذكرون فيها الجليات ووجع الاعصاب والكسر والتلخع والجروح وغيرها في كتاب واحد وهذا دليل على ان اليونانيين والرومانيين والمتقدمين من العرب لم يكونوا قسموا الامراض الى ظاهرة وباطنة ولا جعلوا للظاهرة معنى الجراحة ككتاب مستقلة فلما كثرت مسائله بواسطة ما اضيف اليه من المعارف المكتسبة من المشاهدات الغربية والتأملات الهيكلية والتجربات المفيدة وضعوا ذلك الى المعارف السابقة التي نقلوها عن اسلافهم واتسع جدا حتى صار يعسر على الانسان معرفته حتى المعركة لاختلاط فروعها وعدم تمييزها قسمها المحدثون الى امراض باطنية هي الطب وامراض ظاهرة هي الجراحة وتسمى باليونانية شيليروجيا اي عمل اليد وافردوا كلا منهما بكتب مستقلة قسموا فيها كلا الى قسم علمي وقسم عملي وحصروا في كتب الامراض الظاهرة جميع الافات الخارجية التي تعترى ظاهر البدن تدرك بالحواس ومعالجة هذه تكون بالوضعيات واعمال اليد بسلاح او غيره وقد روي في كتب الامراض الباطنة جميع الامراض التي تعترى داخل البدن وتكون خفية لا تدرك الا بتشوش الوظائف والاعراض السيمائية التي تكون لبعض الاعضاء بواسطة الارتباط والمشاركة التي بينها وبين البعض الاخر ومعالجة هذه تكون بتدبير المرضى واعطاء الادوية لكنهم في التعليم لم يلاحظوا ذلك نظرا لكون موضوع الطب والجراحة واحدا هو بدن الانسان في حال المرض سواء كان المرض ظاهرا او باطنا بل لاحظوا انه لا يستغنى باحدهما عن الاخر اذ كثير من الجرحى يحتاج الى وسائط التدبير واستعمال الادوية من الباطن وكثير من المرضى يحتاج الى الوضعيات والقصد ونحوهما من اعمال الجراحة فكان كل منهما مشوقا على الاخر ولذا كان المعروف الان في كل المدارس تعليمهما مع الكل واحدا

من التلازمة وان كان لكل قسم معلم مخصوص به نظرا للبراح والتقدم فيه وهذا
وعادة المدارس ان يقدموا في التعليم والدراسة الامراض الظاهرة على الامراض
الباطنة نظرا لكون محل الامراض الظاهرة ظاهرا للبدن وهو سهل فيسهل
ملاحظة الاعراض وكيفية التغير فيسهل على متعلمها تشخيص الامراض
حتى اذا شرع بعد في تعلم الامراض الباطنة يسهل عليه ادراكها وتشخيصها
وهي عادة جيلة مستحسنة والكلام في هذا الكتاب انما هو على الامراض
الظاهرة وهو مرتب على سبعة كتب

الكتاب الاول

في الامراض التي تصيب جميع اجزاء البدن وفي العمليات التي تناسبها وابوابها اربعة

الباب الاول في العمليات معالجات الجروح بكلام كلي وفيه بحثان

المبحث الاول في العمليات

العملية في الجراحة هي عمل اليد بالة او غيرها على قاعدة مخصوصة
لتدارك الامراض قبل حصولها او تمكين المفاصل او ليرثها بعد حصولها فان من
العمليات ما يمكن ان يحتمل الجراح يده من غير آلة كاستخراج جسم غريب غير غائر
في البدن او تدخل او ادخال فتق او نحو ذلك ومتى امكنت العملية باليد فلا تقدم
عليها العملية بالالة ويقدم من العمليات بالالة ما هو بسيط على ما هو مركب
وينبغي للجراح في ممارسة العمليات ان يستعمل كلاما من يديه ليتم ثانيا على الخفة
وينبغي له ان لا يستمر على ان لا يستعملها في الاعمال الشاقة لان ذلك ربما
اورثها الرعدة او ضعف حس اللمس

والالات في الجراحة اما بسيطة او مركبة او مضاعفة ان تركيب والجواهر التي تتخذ
منها هذه الات هي الذهب والفضة والفولاذ والنحاس والرصاص والصمغ اللدن
والخشب والقماش وغير ذلك لكن لا ينبغي ان يتخذ من النحاس آلات تبقى زمانا ما
داخل الجسم فالالات البسيطة هي المشروط والموسى وانواع المقسح وانواع

نحو هذه

الات

القائنا طير والمسابر والملاق والمصانير ونحوها والالات المركبة هي الملاقيط
والجوت والكلايب والمقصات ونحوها والالات المضاعفة التركيب هي التي لا تغير
حركة قطعها التي تركبت هي منها اذا تحركت اما من ذات التركيب او من لدونة لولب
معدني يكون في الالة كالمبضع النجساري والالة التشرية طية وغيرهما من الالات
الميكانيكية المخترعة لتقريب العظم كالمنقباب المنشاري والمخترعة لتقديح الماء والالة
الواحدة للمخترعة لاجراج الحصاة من المشاة وغير ذلك وليعلم الجراح انه متى اعتمد
في علمه على حسن الالة واتقانها فقد ضيع العملية وصيرها غير مأمونة لان
الشطارة والمهارة انما ينسبان اليه لالالة وهذه الالات تقعها مختلفانها ما يتفع
لتجهيزها يلزم تجهيزه ومنها ما يتفع لمعالجة الجروح ومنها ما يتفع للعمليات وهذه
الاخيرة منها ما يستعمل في اكثر العمليات كالشرط والمقص والقائنا طير ونحوها
ومنها ما يختص بعملية واحدة كالمنقباب المنشاري وآلة استخراج الحصاة
المسماة بالقاطعة المشانية والمقدح في عملية الكرات اى الماء الازرق وعمليتها
هي القدح

عد العمليات
وطرقها

والقاعدة في الجراحة هي العمل المتكامل الجارى على شروط لا تغير وتسمى
اما باسم المحل الذي يكون فيه العمل واما باسم الالة المستعملة واما بكيفية
العمل واما باسم الاشياء المستعملة قبل العمل او بعده او معه والقواعد التي
بواسطتها تستخرج الحصاة من المشاة تسمى ابهزة ايضا واما الطرق فهي
ناشئة عن بعض تنوعات تحصل في القواعد التي لا تغير دائما لا بعمل العمل
ولا بالسبب الذي يتسبب عنه العمل مثال ذلك عملية الكرات اى قدح الماء
الازرق من العين فان لها قاعدتين اولاهما قاعدة التنكيس وثانيتهما قاعدة
الاستخراج ففي القاعدة الاولى يستعمل المقدح لتنكيس البلورية انى صارت
مظلمة وتبعيدها عن المحور البصرى وطرق هذه القاعدة تختلف بحسب شكل
المقدح والمحل الذي يتقد فيه من المقلة وفي القاعدة الثانية يستعمل مبضع
القدح وهو سكين صغير تشق به القرنية الشفافة لتخرج منها البلورية وطرق هذه
القاعدة تكون بحسب شكل مبضع القدح وكيفية الشق واغلب العمليات

الكبيرة يكون له جملة قواعد مختلفة كعملية الحصة وعملية قطع الاطراف
وعملية الاينوريزما وعملية التماسور الدمي وهذه القواعد تنوعت بطرق مختلفة
والجراح له ان يفتكر ما يشاء على حسب ما يعرض له من الاحوال والاسماء
التي تتميز بها العمليات فتعد اولاً من الالة المستعملة فيها كقولك العملية
القائماطرية وعملية المنقأب المنشاري وعملية الكي وثانياً من العضو الذي
فيه العمل كقولك انقصد الوريدى لانقصد من الوريد والقطع الشعبي لقطع شعب
قصبية لرئة وثالثاً من لماش الذي لا جله انعمل كقولك عملية الفتق وعملية
الاينوريزما ورابعاً من صفة العمل كالشق والبت والاستخراج وغير ذلك

ما ينبغي معرفته
قبل العملية

وينبغي للجراح قبل الشروع في العملية ان يعرف لماذا تعمل ومتى يناسب عملها
وكيف تعمل ثالثاً ان يكون بمعرفة طبيعة المرض واسبابه واعراضه وطرق المعالجة
اللازمة له وسعرفة الاضطراب لتعلم راسكانها بواسطة البحث الجيد عن نوع
المرض الطالب للعملية وعن السن والذكورة والانوثة والصنعة وبنية المريض
ولا ينبغي فعل عملية من العمليات بدون ان يضطر اليها اضطراراً كايام وتكون
كافية للشفا والسكين وانعاش المريض فانه بدون ذلك ياتم الجراح ويحقر الصنعة
وبعرض حياة المريض لا سوتة والثاني يكون بمعرفة وقت العملية فتتختم عند
عدم نفع الادوية المستعملة في الظاهر والباطن نفعاً واضحاً مع كون المرض في حالة
الوقوف او اخذ في الزيادة والثالث يكون بمعرفة حقيقة العملية وكيفية
اتماسها فينبغي له اولا ان يكون عنده علم كاف بالاعضاء حال الصحة وحال المرض
وثانياً ان يكون قد تعلم الشروط العامة والخاصة للصناعة بواسطة مطالعة
الكتب وملازمة دروس معلم الجراحة فانه بتكرار مشاهدة عمليات الجراحين
المهرة وممارسة العمليات في الموتى يتعلم اتمام تلك الشروط

استعدادات المريض
قبل العملية

واذا انتهت فعل عملية في مرض فاليجعل المريض مستعداً لها بالاستعدادات التي
تناسبه ليسهل اتمامها ويوثق بنفعها وهذا الاستعداد اما آدائي ويكون
بايقاع ضرورة العملية في ذهن المريض وان يرآل من وجوده على قدر
الامكان بجميع ما يتعب فكرته فيما يخص الحالة التي هو فيها فكل من اتمناه للطبيب

استعداد آدائي

وتشجيعه وقبوله للعملية واعتماده عليها من الاستعدادات العقلية ^{التي} ^{تكون} ^{على} ^{نفع} ^{العملية} ^(و) ^{اما} ^{صحي} ^{ويكون} ^{يجعل} ^{المريض} ^{على} ^{حالة} ^{يرشد} ^{ايها} ^{المعلم} ^{ون} ^{الهيئة} ^{اما} ^{باضعاف} ^{يدنه} ^{برفق} ^{بواسطة} ^{التصمد} ^{والاستخدام} ^{والحمية} ^{او} ^{بواسطة} ^{استعمال} ^{الادوية} ^{المقوية} ^{والاطعمة} ^{المغذية} ^{المنعشة} ^{او} ^{بإحدى} ^{الطرق} ^{التي} ^{تكون} ^{على} ^{حسب} ^{ما} ^{يقتضيه} ^{المرض} ^{سواء} ^{كان} ^{عاما} ^{في} ^{جميع} ^{البدن} ^{او} ^{في} ^{عضو} ^{باطني} ^(و) ^{اما} ^{موضعي} ^{ويكون} ^{بتهيئة} ^{العضو} ^{الذي} ^{تكون} ^{فيه} ^{العملية} ^{بما} ^{يتناسب} ^{كان} ^{يضغط} ^{على} ^{الشريان} ^{المصاب} ^{بالاينوري} ^{زما} ^{قبل} ^{فعل} ^{العملية} ^{التي} ^{هي} ^{ربطه} ^{بمدة} ^{وذلك} ^{ليأخذ} ^{الدم} ^{طريقا} ^{في} ^{الفروع} ^{الجانبية} ^{لذلك} ^{الشريان} ^{وبأن} ^{تخلق} ^{المواقع} ^{التي} ^{يكون} ^{عليها} ^{الشعر} ^{عندما} ^{يراد} ^{عملية} ^{شق} ^{فيها} ^{وبأن} ^{يفترغ} ^{المعاء} ^{المستقيم} ^{بالحقن} ^{المسيلة} ^{قبل} ^{عملية} ^{استخراج} ^{الحصاة} ^{لئلا} ^{ينجرح} ^و ^{واعلم} ^{ان} ^{من} ^{يجله} ^{ما} ^{يراعى} ^{قبل} ^{العملية} ^{وبعدها} ^{ومعها} ^{خيرة} ^{الزمان} ^{والمكان} ^{ثم} ^{تجهيز} ^{جميع} ^{ما} ^{يلزم} ^{تجهيزه} ^{ووضع} ^{المريض} ^{على} ^{هيئة} ^{لا} ^{ثققة} ^{في} ^{مكان} ^{لائق} ^{وكذا} ^{المساعدون} ^{وان} ^{توقف} ^{دور} ^{الدم} ^{من} ^{جهة} ^{العملية} ^{ان} ^{احتيج} ^{الى} ^{ذلك} ^{اما} ^{الاول} ^{فلا} ^ن ^{زمان} ^{العملية} ^{قد} ^{يكون} ^{اضطرابا} ^{او} ^{ذلك} ^{فيما} ^{اذا} ^{كان} ^{المرض} ^{شديدا} ^{اجساما} ^{او} ^{الطرف} ^{فيه} ^{سريع} ^{الحصول} ^{كالائنوري} ^{زما} ^{الكاذب} ^{الاولى} ^{واختلاف} ^{الفتق} ^{الجلاداتان} ^{هــ} ^{ين} ^{لمرضين} ^{له} ^{تؤخر} ^{العملية} ^{ويهما} ^{وقد} ^{يكون} ^{اختيارا} ^{وذلك} ^{فيما} ^{اذا} ^{كان} ^{يمكن} ^{اخراج} ^{ان} ^{يختار} ^{للعلمية} ^{زمتا} ^{او} ^{فصلا} ^{يستحسنه} ^{وذلك} ^{يكون} ^{بالا} ^{كثير} ^{في} ^{عملية} ^{الشقة} ^{الارضية} ^{وان} ^{كثر} ^{انا} ^{والحصاة} ^{وتحورها} ^{ان} ^{هذه} ^{الامر} ^{ان} ^{يختار} ^{اهما} ^{فصل} ^{الربيع} ^{او} ^{الخريف} ^{لان} ^{الحار} ^{والبرد} ^{يعتدلان} ^{فيهما} ^{والاول} ^{منهما} ^{اجود} ^{من} ^{الساقي} ^{لانه} ^{يقبض} ^{به} ^{الصيف} ^{والنقا} ^{هــ} ^{فيه} ^{اسهل} ^{منها} ^{في} ^{الشتاء} ^{ومن} ^{موجبات} ^{تأخير} ^{العملية} ^{السن} ^{والنفسية} ^{اعني} ^{لذكورة} ^{والانوثة} ^{وغيرهما} ^{فان} ^{بعض} ^{العمليات} ^{قد} ^{يؤخر} ^{لزم} ^{من} ^{قرب} ^{او} ^{بعدها} ^{كعملية} ^{الشقة} ^{الارضية} ^{وعملية} ^{الكثرا} ^{فان} ^{هما} ^{يؤخران} ^{في} ^{الاطفال} ^{لانهم} ^{اعدم} ^{النبيز} ^{فيهم} ^{لا} ^{يصبرون} ^{على} ^{العملية} ^{واما} ^{الثاني} ^{وهو} ^{مكان} ^{العملية} ^{فقد} ^{يكون} ^{اضطرابا} ^{ايضا} ^{كفتح} ^{نخاع} ^{او} ^{استئصال} ^{ورم} ^{فان} ^{العملية} ^{فيهما} ^{لا} ^{تكون} ^{التي} ^{تعمل} ^{الدهون} ^{قد} ^{يكون} ^{اختيارا} ^{كالبرز} ^{في} ^{الاستسقا} ^{الزقي} ^{الحاد} ^{وعملية} ^{لثيله} ^{لما} ^{تتأخر} ^{فيهم} ^{يكون}

استعداد

صحي

استعداد

موضعي

الشروط الخاصة
للعلمية

زمان العملية

مكان العملية

في جهات مختلفة من الحل المصاب وينبغي قبل الشروع في العملية ان يجهز كل شيء يلزم او يقع في حال العمل او بعده من ذلك ايقاد بعض شئوع اذا كان الغرض ضعيفا او شديدا يزماه بارد وسا روخل وبعض ادوية مسكنة او منعشة مثلا واواني وملاآت ودوط وسرير او طاولة عليها فراش وغير ذلك مما يحتاج اليه العملية واما الثالث وهو التجهيز فبان يجهز جملة الالات والقطع المختلفة اللازمة للعملية وللمعالجة الجرح واختلاف الالات يكون بحسب العمليات وينبغي ان توضع الالات بالترتيب على حسب استعمالها في نحو صينية وان تكون سليمة مما يعيها ومتعددة نحو قاس حدوث بعض عوارض فوجب لتغيير الالة منقطعة بحرقه حتى لا يرتعب المريض من رؤيتها وان تصف جميع القطع اللازمة لمعالجة الجرح في صينية ثانية بالترتيب وهذه القطع هي النسالة والرفايد واللقايف والاشربة اشعيات والخيوط المشمع ونحو ذلك * واما الرابع فبان يوضع المريض في مكان معتدل الحار والبرد غير ما امكن ويكون رضعه على هيئة غير متعبته ولا للجراح حتى لا يذوقه في وقت العملية وكذا وضع المساعدين وان تكون عدتهم كافية وبنيتهم قوية وذوى معرفة * واما الخامس فبان توقف دورة الدم الموضعية عن الحل المصاب حين ارادة قطع العضو مثلا وذلك لازم اذا كان الفرع الشرياني في العضو المراد قطعه كما يجب فينبغي ان يستدرك على التزييف بمسك الدم في الشريان الاصلى اما بالضغط عليه بالاصابع او بوضع اسطوانة من قماش وشدها على العضو او بالالة المسماة تورنيكيت اى السكابة واعلم ان العملية ليست شتاجة الى الشروط الخاصة بها فقط بل لابد فيها من شروط عامة ايضا وهي منحصرة في ثلاث كلمات السرعة والامن والتهوين * فالاول وهو السرعة معناه ان يكون العمل بسرعة مع تجنب جميع الحركات الخارجة عن القانون والتي لا تقع فيها وتجنب شتات الذهن والتأمل في الاشياء الغير اللائقة وبالجملة فاليجتنب ما يسبب تطويل مدة المريض بدون فائدة وينبغي ان يحترز ايضا عن الافراط في السرعة فانه ربما ينافى اشراط الثاني * والثاني وهو الامن معناه ان يكون الجراح خبير بالتشريح ويعلم الاعراض ممارسا للعمليات معتادا عليها

ما يجهز له

وضع المريض

الشروط العامة
للعملية

مرتبة الفعل الآلات بحقته وحذق * والثالث وهو التهيؤ من معناه * راجع شمع
المريض ويتحقق عند بعض المعملية ويهيئها عليه ويشغل فكره من * مل
بما يحقق الآلام وتتم المعملية انما يكون بمحصل المقصود منه او بانقطاع نزف الدم
الحاصل من قطع الاوعية *

ما يفعل بعد
المعملية

وبعد تمام المعملية يعالج الجراح معالجاً قانونية ويوضع المريض على حالة فيما
استراحة له ويسادر باعطائه الاشياء المنقذة للنجاة العام في جمع الجسم الحاصل
من الآلام المنسبب عن المعملية وينبغي ان يرفع العضو المصاب قليلا انما يتبع اليه
ليعين ذلك على دورة الدم وان يعطى بخمرته من سموف اتقنظ الحرارة خصوصاً في
الشتاء ثم يؤمر المريض بالحمية مدة تكون على حسب المعملية في الشدة والضعف
وبالفصد والاستحمام وتناول الادوية المسكنة والمقوية على حسب الحاجة وان
يشير المريض بمحصل فائدة المعملية ويقرب الشفاء ليطمئن قلبه واكثر نجاح
المعملية مؤسس على هدوء المريض واعتنائه بجميع ما يأمر به الحكيم وينبغي في
العوارض الخطرة ان يلزم المريض مساعدته عارفاً حريصاً على جميع ما يحدث
من نزف دم ووجع شديد متيقن لما يأمر به الحكيم من ادوية ارحمة

المبحث الثاني في معالجة الجروح

معالجة الجروح معناها وضع الاجهزة والادوية التي توضع من الظاهر على
الاعضاء المصابة وضعا قانونيا وصناعة معالجة الجروح تسميهم من اقسام من
الجراحة لا بد منه في الفن المذكور وتظهر العظم فائدته في صيانته الجروح
عن مماس الهواء وغيره من الاجسام الخارجية لها وفي مكث المراهم التي لا بد منها
في الشفاء على الجروح وفي سلامة بقية اعمال الجراحة وقبل ان ينتصب الجراح
لداواة الجروح ينبغي له ان يجهز جميع ما يحتاج اليه من الارعية التي يضع فيها
الاشياء الوسخة المزالة عن الجروح والماء القاتر الذي يلين به ما على الجروح من
الوضعيات حتى يسهل نزاعها ويغسل به الجروح او يندى به القطع الجديدة وينبغي
ان يكون هنالك شمعة للتدفئة في اوقات البرد وتسخين الحرق والاشربة الشعبية

المهينة **الذوق** ولذا لم يكف الضوء فليو قد في المحل مصباح اذا كثر بضيقه فهذه
 هي الاشياء التابعة لمعالجة الجروح * واما الآلات التي تجهز لمعالجة الجروح فهي
 مقصات لقص الخرق والنسالة وساق لبسط المراهم على النسالة وجفوت محلقة
 صك المقصات لازالة الجهاز القديم من فوق الجرح وانايب وقانا طير ومساير
 ان احتيج اليها * والقطع اللازمة لمعالجة الجروح هي النسالة والرقايد والافايف
 * اما النسالة فهي ما يؤخذ من قديم تحرق الكتان والتيل بان تقطع الخرق قطعاً
 قصاراً وطوالاً على حسب الحاجة وتنسل خيوطها وهذه تسمى بالنسالة الغليظة
 وهنالك نسالة رقيقة تسمى النسالة المبشورة بان تشد اطراف الخرق ويشر
 مدحها بسكين حاد فتخرج منها تلك النسالة ثم ان النسالة الغليظة تكون
 منها الوسائد والكرات والاشربة وتسمى بالقتايل * فالوسائد ان تصف
 الخيوط المنسولة حذاء بعضها وفوق بعضها على التوازي ويربط طرفاها بخيط
 منها ثم يثنى ان تكون مدورة ومطاطولة وصغيرة وكبيرة ووسطى على حسب
 الجروح وينبغي ان لا تكون الخيوط فيها متراكمة ولا مندرجة جداً لانها حينئذ
 تحدث في المحل حرارة شديدة وان لا تكون شائبة لانها حينئذ لا تتشرب من المادة
 القدر المرغوب فيه ومنفعة ههنا الوسائد ان تمد على سطحها المراهم اللابقة
 بالجروح وكونها على هذه الصورة ليسهل نزاعها وقت التغيير ولا ينشأ عنها اسباب
 سعة بسرعة الشفا والكرات ان يؤخذ بعض النسالة ويدار بين الكفين حتى
 يستدير كالكرة ومنفعتهما ان تنشف بها الجروح وقت التغيير وتنظف بها وفي بعض
 الاوقات توضع في الجروح العميقة لتتشرب المواد التي فيها وينبغي ان يجعل لها
 في هذه الحالة حزام في وسطها وعلاقة ليسهل انحارجها وقت التغيير والاشربة
 خيوط من قطن او نسالة يجمع بعضها الى بعض ويصح ان تجعل من قماش
 قطن من جانبيه طولاً بعض خيوط وهذه الاشربة انما توضع في محل الحزام
 وفي الجروح الناصورية مغموسة في الادوية وغير مغموسة فيها تمنع التهام الجرح
 وتوسعه وخواص النسالة المبشورة بخلاف خواص غير المبشورة لان المبشورة
 تحدث في كل من الجروح والقروح تنبها وتهيجا بعد الذبول والاندمال ويسا

في اللحوم الرخوة * واما الرفايد فتعمل من انحرق المستعملة بان تطبق انحرق
 طبقات فوق بعضها ويجعل جرمها وشكلها على حسب ما يحتاج اليه وتكون
 من رعة ومطاولة وهي التي طولها اكثر من عرضها واذا شق طرفاها وبقي وسطها
 سميت مقلعا ومن الرفايد ما يسمى رفايد درجية وهي التي يكون تطبيقتها
 متخالفات ومتناقصات من جهة العرض فتشبه في تطبيقتها الشكل الاهرامى وهذه
 تعمل غالبا اذا كان في المحل خلاء متلا فيكون الاندماج الحاصل من شد اللقائف
 واصلا للمحل الخلاء * واما اللقائف فينبغي ان تكون من نوع شاش الرفايد وان
 تقطع من وسط القماش طول بحيث لا يكون فيها حاشية ولا خياطة وطولها
 يختلف بحسب الحاجة فيكون من ذراع الى سبعة اذرع او ثمانية وعرضها من
 اصبع الى خمسة اصابع وينبغي لاجل اتقان صناعة شد اللقائف ان تطوى
 اللقافة قبل شدّها فوق الجرح على شكل اسطوانى وقد تطوى من طرفيها
 معا فيحصل من ذلك شكل اسطوانتين متلاصقتين من وسطيهما متساويتين
 في الحجم ومتفاوتتين فيه وكيفية شد اللقافة التي باسطوانة واحدة ان يوضع
 السطح الظاهر من طرفيها على الجهة المقابلة للجرح ويحفظ باليد اليسرى
 وتمسك الاسطوانة باليد اليمنى ويلف بها حتى تنطوى على هذا الطرف مرتين
 او ثلاثا فيكون ذلك اساسا لبقية الطيات الالية بعد والتي باسطوانتين
 ان يوضع السطح الظاهر من وسطها على الجهة المقابلة للجرح فيؤتى بهما
 من الجهتين معا حتى تقع على الجرح فتلف عليه مع المحاذرة من وقوع الثانية
 الى حين تنتهى اللقافة وهناك نوع ثان لشد اللقافة وهو ان تكون كل طية بعد
 الطيتين او الثلاث الاولى سائرة للطية التي قبلها بنصف عرض اللقافة او ثلثها
 او ربعها واذا كان بين الطيات تباعد واخلو سميت حلزونية وكلما كان عرض
 اللقافة اقل انكشافا كان الشداقوى وعند انتهاء اللقافة يشبك طرفيها بدوس
 من الجهة المقابلة للجرح وغاية الاتقان في شد اللقافة ان يقال انه ينبغي في ذلك
 الحرص على امور الاول ان لا تكون اللقافة مشدودة جدا لان ذلك يحدث وربما
 واحتباس دم وزرقة في المحل وربما احدث اكلة في العنق ومن اسفل الجرح *

الثاني ان لا يهتز العضو مطلقا في وقت حل اللقافة ولا في وقت ربطها سيما في تحجير
الكسر لان ذلك يحدث مضار شاقسة * الثالث ان لا تقع اسطوانة اللقافة
من اليد لان ذلك يوجب تطويلا في زمن العلاج * الرابع ان لا يحصل في الطيات
انتفاخ ولا ارتفاع بتسبب عنهما جرح المحل ومنع الانتفاخ يكون بشد اللقافة ومنع
الارتفاع يكون بتقليمها

ما ينبغي فعله
وقت المعالجة

ثم بعد تجهيز الآلات والقطع على ما مر يقف الجراح ومعه مساعدان او اكثر
ويكشف العضو المريض بلطف ويجعله على وضع لا يثق بالمعالجة وهذا يختلف
بحسب الداء ومحل من الجسم ولا بد ان يكون تحريك المريض في ذلك وغيره برفق
ولطف لا يتعب ويتألم وفائدة المساعدين ان يتولوا رفع العضو وحفظه على
الوضع الواجب وقبل ذلك يوضع تحت هذا العضو ملائمة مطوية بجله طيات
لتنزل عليها المواد التي عسى ان تسيل وقد لا تكن ويحتاج لوضع اية بدلها ولا يكن
تحريك المريض بذلك برفق وخفة واذا تبست قطع الجهاز من الدم والصديد
النافر فيهما انتسقت بالعضو وجب تنديتها بماء فاتر وقت التغيير او قبله بنصف
ساعة وينبغي الاسراع بالمعالجة ما لم يكن خوفا من المواء فان تأخيرها في الجرح
مضر دائما والاحتباس عن خروج المريض دفعة من درجة حرارة الفراش الى
درجة حرارة المسكن وان يتباعد بالمريض عن مهيب الهواء فتغلق القاعة وقت
التغيير ان احتيج لذلك وان يغطي الجرح بخرقعة زمن تنظيف حوافه
وما حواله وان كان كبيرا كشف منه جزء للتنظيف عليه وان يغطي جسم
المريض كله تحريزا عن البرد فان ذلك كله مما يعين على نجاح المعالجة وقد شوهد
من اهماله تباطؤ الشفاء واتساع الجرح وتغيره وانتقاله الى احوال رديئة
وحصول عوارض قد تهلك المريض

ما ينبغي فعله
بعد المعالجة

لما ما ينبغي فعله بعد المعالجة ووضع العضو على الهيئة اللائقة فهو ان يبحث
الجراح عما يتعب المريض من ككون الجهاز مشدودا جدا او مر تحيا جدا
او كون ما حواله الى الجهاز يسبب للمريض الما او يزيد في تهيج الجزء المصاب فيزيل
ذلك المتعب وينبغي ان لا يفوت الجراح ان قابلية التهييج في المريض الملازم للفراش

زمن التغيير
على الجروح

قوية فاد في سبب من اسباب التهييج اذا طال زمنه يضر المريض ويمكن ان يحدث عوارض خطيرة فاذا كان في الجهاز تنبؤة شديدة ولو قليلا او لفاقة مشدود منها طية اوجب ذلك للمريض الماواحدث الانتفاخ الاتهاب الشديد

ثم ان المدة الواجبة في التغيير على الجروح تكون على حسب اجتناس الامراض وازمنتها والاعراض التي تحدث ومقدار الصديد وخواص الوضعيات وحالتى الحر والبرد والقاعدة الغالبة في التغيير على الجروح ان يكون في اليوم الثاني او الثالث لان هذا الزمن يقل فيه ازعاج المريض ويزول فيه التقيح وياخذ الحبل في الاشتغال الا اذا حدث بعض اعراض كالوجع والالتهاب والورم والغثاسا ونحوها فيلزم ان يكون التغيير على الجروح قبل الوقت المذكور واما معالجة الخلع والكسر والفتق والجروح والقروح التي تكون متاهلة تشقاوا فراقا قيع منها قليل فينبغي فيها ان تكون المدة بين التغييرين طويلة كيو من او ثلاثة في الجروح وثمانية او خمسة عشر في الكسر ونحو ذلك لئلا يحصل تعطيل في مسير الشفاء ومن الاسباب التي توجب قوالى التغيير ازدياد الصديد الخارج من جرح او قرحة اوخراج مفتوح وتثابة الجبادة بسبب الجرح ووضع الادوية السائلة السريعة الطيران كروح العرقى وانواع الايتروغيرهما لان تأثيرها لا يستقيم الا لفترة بعد وضعها على المحل وكذا الادوية التي تتغير بسرعة كالالبان والزيت والشحوم وقد جرت العادة في التغيير على الجروح ان تكون في وقت الصباح حيث لم ينسطر الامر الا التغيير واحد في مدة اربع وعشرين ساعة وذلك لان المريض من حيث ان عنده تعب وقلقا من عدم تحركه بالليل يحتاج في الصباح لبعض حركات تنعشه ولان الاجزاء الجريحة من حيث انها سخنت بالليل من حرارة الفراش ومن الصديد المحيط بها ومن تيبس الجهاز عليها تتألم فتحتاج لان تنعش بتغيير ما عليها مما هو البين والطف وتغيير وضعها ايضا وذلك ينبغى ان يغير موضع المريض بعد التغيير عليه لانه بذلك يحصل له انتعاش وافاقة ونشوة حتى يكون كانه اكتسب وجودا جديدا ويرتاح المريض طول النهار من التألم الذي يحصل عقب التغيير بمدة قليلة فان اضطر الى تغييرين في هذه المدة فينبغى ان يكون الاول منها في الصباح

بعد طلوع الشمس والثاني في المساء قبل غروبها ليقتنع المريض ليلا بالراحة
الحاصلة من المعالجة الجيدة

الباب الثاني في الالتهاب والعمليات المختصة به

الالتهاب حالة تكون معها الانسجة الحية منتفخة ومتألمة وفيها حرارة وقواردم
زيادة عن حالتها الطبيعية وهو السبب في اكثر الاعراض الجراحية ويتسبب
عن الآفات البادية والطبيعية في الاعضاء الحية وينبغي للجراح امعان النظر
فيه لانه يشتمل على دأآت مختلفة تسمى باسماء مختلفة على حسب المجلس وطبيعة
الاعراض الناشئة عنه كالحفرة والغلغموني والرمم والالتهاب السمي وغير ذلك
ويكون غالباً عقب الآفات الصادرة عن تأثير الاسباب البادية كالرض والخلع
والجرح فانه ينشأ عنها في الانسجة التي حصلت فيها ترايد في شدة الحركات
الحويية وقواردي الدم فاذا اثر سبب شديد في بعض الاعضاء ولم يذهب والتهب
ولم تشوش منه وظائف الاحشاء الرئيسة على سبيل السميائيا كان معظم
الجروح والعمليات الثقيلة سليم الخطر لان الموت لا ينشأ الا عن آفة عائرة وانحواب
ميكانيكي في الاعضاء الباطنة الرئيسة وهما نادران في العمليات ولما كان
من المعلوم في الجراحة والطب ان الالتهاب هو الذي يقتل غالب الناس وان الجراح
يطلب منه غاية التأمل فيه كان الواجب عليه تداركه قبل حصوله ومعالجته
اذا حصل سواء كان الالتهاب خارجيا او من نفس العملية وهذا ان امر ان اعنى
تداركه الالتهاب ومعالجته هما اللذان ينبغي للجراح ان يصرف همه فيهما لانهما
اساس العملية ومتى حصل في الانسجة التهاب قوارديها الدم وصارت حمراء
منتفخة وازداد في الاوعية الشعرية فعلها العضوي واشتد فتحدث حرارة تارة
يابسة حادة بمعنى انها تسبب في اصابع اللامس بوسة ولذعا وتارة رطبة بخارية
معحوبة بالحم في فيه تمدد او ضربان وعندما تظهر هذه الاعراض في النسيج تزول منه
صفاته الطبيعية التي كان يتميز بها وتصبح قواردم الدم اليه مندحجا اكثر مما كان
وسهل التمزق واوموجينيوس اي ذات طبيعة واحدة لا اختلاف فيها ولا تزول منه

الاصاف الى
للالتهاب الحا

المواد السارية فيه الا بواسطة الامتصاص وبعد زمن ما يصير جوهره خلوا
وعائيا لا تتغير صفته في الغالب في اى عضو من الاعضاء والجلد والمفصل
والاغشية المخاطية والمخ والغضاريف وكذا العظام اذا اشتد الالتهاب بها
وطالت مدته تغيرت عن حالتها الطبيعية

راض الالتهاب

والالتهاب لا يستقر دائما في العضو المصاب بل يسعى ويمتد بواسطة القوة
السيبائية الى الاعضاء الرئيسة في البدن ويتسبب عن ذلك نشو وثى وانح
في افعال المخ والقلب واعضاء الهضم واللمى التى تظهر فيكون بحسب نوعه
في الشدة والخفة فاذا اشتد وكان في العصبين اى احباب المزاج العصبي حصل منه
اختلاج وتشنج ونحوهما مما هو شبيه بهما اى كالكالارق والهذيان فان كان
في الاشخاص الصغراوين وكان في الجهاز المعدي والكبدى منهم قوة شديدة بسبب
عدم شهية للاكل وغثيانا وقيتسا واعراضا تنبى عن التبرج الشديد في هذه
الاعضاء واذا حصل من الالتهاب على سبيل السيباتيا التهاب اخر معدى معوى
شديد حصلت الاعراض المسماة عند قدماء الاطباء باللمى العفنة وهي الضعف
واللمى الغير المنتظمة ولا تذار في الالتهاب دائما يكون خطره على قدر كون العضو
المصاب اولاهما للحياة وعلى قدر شدة التهابه وقدر تأثيره على سبيل السيباتيا
بقوة شديدة في الاعضاء الشريفة من البدن

مبحث فيما يخص الالتهاب من العنايةات

لا ينبغي ترك الالتهاب ولو خفيفا الى ان يقطع ادواره بل يجب قطع الاسباب الموجبة
لزيادته او مقاومته بالاشياء المناسبة لمعالجته والعمليات الجراحية التى تناسب
الالتهاب الحادث تنقسم الى ثلاث رتب الاولى المعالجة الموضعية والثانية
المعالجة العامة والثالثة المعالجة المصرفة

الكلام على المعالجة الموضعية

انواعها سبعة الاول التكميد فاذا كان الالتهاب خفيفا وتليل الغور وانكمون
في البدن كفى فيه التكميد بخرقعة مطبقة من صوف اورفايد سمكة مغسول كل

التكميد

منهما في ضيق المصليين كطبخ الخبثازي وتكون حارة ويكرر غمسها كثيرا لئلا
تضعف حرارتها وتضعف قبل الوضع لئلا يبل فراش المريض وبهذا التكميد يكون
العضو كانه مغروس في بخار داء ثمار فيرتقي وتنقص شدة التهيج فيه وينبغي وقت
تغيير الكمادات ان يمسح العضو عن محاسن الهواء له حال العرق لانه يؤثر فيه
تأثيرا رادعا مهيجا ثم التكميد قد يجعل بحسب طبيعة السعال الذي تغمس فيه
الكمادات مقويا او مهيجا او مخدرا وادعا على حسب الحاجة

الثاني التمر:

الثاني تمر ينفع في الالم الناشئ عن التهيج الحاصل في باطن الاعضاء ويقل
استعماله في الالتهاب الحاد ويكون بانواع الزيت والشحوم المسخنة قليلا وقد
يضاف اليها بعض ادوية كالسكا فور وروح الافيون وروح النوشادر على حسب
يجعل المروح مسكنا او مخدرا او مهيجا وينبغي بعد التمر يمسح سواء كان مخدرا
او مسكنا او مهيجا ان يغسل العضو المروح بخزقة من صوف مسخنة لتعين
على تعريق المحل

الثالث الضمادات:

الثالث الضمادات وهي من الوضعيات واكثر استعمالها في الالتهاب الحاد وتكون
من لباب الخبز المطبوخ بالماء او من دقيق البزور الملبنة المطبوخة ايضا وقبل
وضعها على المحل ينبغي ان تمد على خرقة ناعية اطرافها ليصان ما فيها عن الخروج
منها فيلوث ما حولها وان لا تكون جامدة ولا مائعة جدا بل معتدلة القوام لان
الجاسدة لا تؤثر والمائعة لا تثبت على المحل وان تصان تلك الخرقة بوضع رفادة
عليها اعرض منها وتحفظ بلفافة تشد من الطرفين اكثر من الوسط ثم ان هذه
الضمادات تارة تكون ملتصقة بالمحل المصاب وتاثير هذه اشد وتارة يحال بينه
وبينها بخزقة رقيقة فلا توسخ الجلد ولا تنفذ في تجاويف البدن وهذه تكون اولى
اذا كانت على نحو الوجه او العينين او الاذنين وينبغي ان تغير هذه الوضعيات
كثيرا لان حرارة المحل الملهب تنشفها سريرا وتقصد جوهرها خصوصا اذا كان
في الضماد لبن ولذلك يبدل اللبن بما الخبثازي ولاجل تميم الدلائل الشفائية
المختلفة تجعل الضمادات كالكمدات ذات خواص متنوعة بحسب طبيعة
الجواهر المركبة هي منها فاذا اضيف اليها الطين المختوم او انشيتات الرصاص

اي نخل الرصاص كانت محملة والنبيذ والجواهر العظمية كانت منبهة ومقوية
ونحو ذلك

الرابع وضع
البارد

الرابع وضع الاشياء الباردة وهي من اجود المضعفات للالتهاب وسكونها
في ابتدائه اولى من كونها في اشتداده وتنفع كثيرا في الرض والخلع اذا قصد بها
تداركها تجمع الدموي الموضعي في الجهة المصابة قبل حصوله وهي كيفية
الاستعمال ان يوضع العضو في الماء البارد جدا او الماء الجليدي او يوضع على العضو
حوصلة كبيرة مملوءة من الجليد المقتت او ترقق مملوءة من الجليد الذائب او الماء
البارد واذا كان المقصود من الوضعيات التبريد او تدارك الالتهاب قبل حصوله
اقامت مدة طويلة على العضو المصاب والا كان تأثيرها سريع الزوال ويعقبه توران
جديد يريد في العوارض المراد مقاومتها والزمن المتوسط لذلك الوضعيات الباردة
على العضو يكون بحسب قوة الداء وضعفه فيكون ثلاث ساعات واربعاً وعشراً
وربما كان اكثر ويجدد السعال في هذه المدة كلما سخن والجليد كلما ذاب

الخامس الضغط

الخامس الضغط فقد اختار بعض الاطباء ان يعالج الالتهاب بالضغط على اصل
الشريان الجاري في العضو المصاب او على العضو كله ويكون باللف عليه على
نسق واحد ومنفعة الضغط انه يمنع انصباب الدم للعضو فلا يزيد الالتهاب وهو
لا ينفع في الالتهاب الحاد وانما ينفع في المزمن الغير المولم فلهذا ينفع في تورم
الساق وفي الشيوخ وفي الارذيميا واعلم ان انصباب الدم في الجزء المتورم هو اول
ظاهرة للالتهاب وترتبه جميع الاعراض الناشئة عن الالتهاب

السادس
القصد الموضعي

السادس القصد الموضعي وهو من اجود المعالجات واقواها لمقاومة الالتهاب
والطب القيسولوجي برهن على عظم نفعه في الالتهابات الباطنة واستغادت منه
الجراحة المنافع الكثيرة وينبغي فيه حتى يكون كافياً في مقاومة الالتهاب ان يكون
بحسب شدة الاعراض ونخفها اذا القليل لا يحصل منه نفع ولا يتصل الدم من
يعين على زيادة انصباب الدم في الموضع الملتب واذ اسكنت الاعراض بالقصد
ثم رجعت كرر ثانياً وثالثاً واكثر من ذلك حتى تزول بالكلية وانفع الاشياء التي يتم
في القصد الموضعي هو العلق وهو يفتح الجلد حتى يصل للتسيج الطلوي تحت الجلد

في ارسال العلق

ويوضع في أي جهة من البدن ويحصر في محل صغير من العضو الذي يراد فصدده
 وبواسطة استفراغه دما واذا تصرف الالتهاب لانه ينشأ عن العلق تجمع
 دموي صناعي في محل وضعه وتيج موضعي يقاومان اعراض الالتهاب الموجود
 في العضو المصاب والعلق حيوان مائي ذودم احمر رأسه اصغر وادق من ذيله
 وشكلها كالخرطوم وفيه ثلاثة اسنان يفتح بها الجلد فتحة مثلثة ثم يمتص الدم
 وما ينشط العلق ليعلق ذلك للموضع قبل ارساله حتى يحمر او دهسه بالبن او بماء
 على السكر واذا كان الموضع ضيقا جدا كالاجفان والشفة والثنية
 وغيرها اخذت العلقة باليد في خرقة وقرب فاهها الى الموضع المقصود فتعلق
 وكذلك الثانية والثالثة وهكذا واذا خيف تعلقها بمحل غير المطلوب
 جعلت في رعاء ضيق من زجاج او في ابوية ونحوها ووضعت على المحل واذا كثر
 عددها جعلت في خرقة وقلبت الخرقة على الموضع ونحوها حتى يمنعها
 عن الخروج ومتى امتلأت العلقة سقطت بنفسها فاذا اريد اسقاطها قبل ذلك
 ذر عليها ملح او فلفل او نشوق ولا تزع قهر افر بما تركت اسنانها في الجلد فتحدث
 فيه التهابا وتقيحها واكلانا وما يعين على استفراغ الدم من المحل مسحه بعد سقوط
 العلق بماء فاتر او وضعه فيه او تعرضه الى بخار الماء الحار او وضع الضمادات
 المحلاة عليه او المحاجم اذا اريد استفراغ دم زائد وذلك بجميعه يكون على حسب
 المواضع وقد رال الدم المطلوب استفراغه * ومن القصد الموضعي الجفامة وهي تتم
 بالحاجم التي هي اوعية مستديرة من زجاج او فخار او معدن او غيرها اقواها
 اضيق من بطونهم او قد يوضع في بطونهم اطن او مشاق قليل ويوقد بالنار ثم يوضع
 فيها على الموضع فيتمدد الهواء الذي في بطونهم والذي على سطح الجلد ويتخلل
 ويذهب اكثره بواسطة انشراح فيعلق المحجم بالجلد ويحدث فيه انتفاخا واحراراً
 ويتراد اليه الدم والسوائل فاذا اريد رفع المحجم نحر بالاصبع على الجلد المجاور
 لحافتها فيدخل فيها الهواء فينفصل المحجم بسهولة ومن المحاجم نوع يكون
 في اطرافه ثقب يضع الحاجم فيه عليه ويجذب بنفسه الهواء الموجود فيها فيحصل
 الخلا ونوع آخر ذو طلبة يستخرج بها الهواء ثم الجفامة منها ما تسمى بالبسة

ومنه الجفامة

وتكون بوضع المحاجم من غير تشريط وهي تنبذ الجلد وتنفذ في اذواج المزمعة
ومنها ما تسمى رطبة وتكون بوضع المحاجم على المحل بعد تشريطه اخرج منه
الدم وترفع كلما امتلأت ثم توضع ثانيا وثالثا وهكذا الى ان يستوفي امر من
المطلوب وكثرة عدد المحاجم وقلته وتكرار وضعها يكون على حسب الحاجة
ومعالجة محل الجحامة يكون بوضع رقادة مدهونة بمرهم جالينوس عليه واذا اريد
استفراغ زائد وضع على محل التشريط ضماد ملين وهذه تنفع في الاذواج الانتهائية
وفي التهاب البلور والرئة والكبد وفي جذب الدم لارباع تربيعا تحبس وتكون
على المحل المصاب او بالقرب منه ومنه التشريط وهو جروح صغيرة في الجلد يقل
عددتها او يكثر بحسب الحاجة وتكون بمعد الموضع او الشرط لاستفراغ
موضعي وتستعمل في الاحتقان التهابي في الاجفان واللسان والشفة وتنفذ
في الاستسقا اللحمي لتستفرغ المواد المصلية المحتبسة في الجلد وفي التسيج الحار
السابع اطلاق الاختناق وذلك فيما اذا لم يتفع في التهاب جميع المعالجات
المتقدمة ولو كانت جيدة جدا ولم يزل آخذا في شدة التزايد وعرف ان ذلك
من اختناق الجهة المصابة بان تكون فائرة في البدن ويصعب بها او ترهش من بعضها
عن التمدد او عر من بعض الاعضاء نفوذ في فتات فبرقا لا تتمد ولم تكن من
الرجوع فتلهب وترم ويحصل من ذلك حركات متعبدات ن شاميل اعضا
المنتهب للانقباض ايرجع وميل العضو المضاعط للانقباض لينع فيحدث ترائد
واحرار وحرارة شديدة ثم حسي ولا تسكن هذه الاعراض الا اذا وقع الموضع في
او الحابس او كلاء في العنقرينا وفي هذه الحالة لا تنفع الوضعيات المبيدة
ولا المبردة ولا القصد الموضعي ولا الضغط بل ينبغي اذا كان العضو المصاب مسموما
للمعالجة او كان هنالك اعراض خطيرة جدا ان يساير بالعملية الجراحية التي تزيل
اختناق النسيج الملهب وتوسع له ليمتد وتدفق السبب الموجب للالتهاب وتكون
العملية هي الاطلاق وتستعمل غالباً في الدمل المسماوي والجرح بالمخيم والساحس
وفي التهاب العضلات والنسيج الحار للفتق والساق والساعد والمخ وفي التهاب
الاذن ونحو ذلك وكيفية العملية اذا كان المحل المصاب قليل تركيب وغير مهم

ومنه التشريط

السابع اطلاق
الاختناق

الحياة ان يشق الجزء الذي نشأ عنه الاختناق في مرة واحدة وتستعمل هذه الطريقة في الدم المسماري الذي نشأ عنه الم لا يطاق وحى واعراض اخر فتتبع جميع الاحوال الرديئة التي تنشأ عن التهاب ويسكن بها جميع الاعراض السجياتية ويعالج الجرح بعد ذلك بالاشياء المحللة كالضمادات والمكمدات المليئة وغير ذلك وتستعمل ايضا في الداحس وفي التهاب الانسجة التي تحت الاوتار العريضة للاطراف والرأس وفي التهابات التي من هذا القبيل فان كان العضو المختنق مهما للحياة واستعمل مال السلاح فيه يكون خطرا فينبغي ان تشق جدارا ان التجويف المنحصر في ذلك العضو ويطلق بدون ان يجرح وتستعمل هذه الطريقة بالاخص في عملية الفتق المحتبس

الكلام على المعالجة العامة

واعلم ان الالتهاب الموضعي قد ينشأ عنه على سبيل السجياتية في الاحشاء الرئيسية وتشوش في رطافة هائلة لا ينبغي للطبيب ان يقاوم الالتهاب في الاعضاء المصابة اولا فقط بل يقاوم ايضا تاثير الحاصلة في الاعضاء البعيدة وليعلم الجراح ان جميع الاعضاء في البدن الحي يرتبط بعضها ببعض وان الاشخاص الذين قيم امتلاء دم وقبول للتيج العصبي مستعدون للالتهاب اكثر من غيرهم ولذا كانت الاعراض الانتهاية في غيرهم خفيفة ويبرؤن بسرعة فحينئذ لا ينبغي للمصابين به ترك ما ينعف قوة احوالهم بل يبادرون بترطيب الهواء وراحة الجسم والذهن والامتناع عن الاطعمة المنبهة جامدة كانت او سائلة واذا اشتد المرض بهم تمنع عنهم الاغذية ويؤمر لهم بالمشروبات المبردة المحضة والحقن المليئة والاستحمام بالماء الفاتر فهذه هي الوسائل العامة التي بها تضعف قوة السجياتية وتدارك تيج الاحشاء وتكون قوة ما هو حاصل واذا لم تكف هذه الاشياء فينبغي ان يستعان بالاستفراغ الدسوي العام الذي من خواصه الاولياته ينقص كمية الدم في الحال ثم يغير خاصته المنبهة وهذه العملية تسمى القصد وهو يكون بفتح وريد او سريان والا اول منهما يسمى القصد الوريدي والثاني يسمى القصد الشرياني

* اما القصد الوريدي فيكون في الاوردة التي تحت الجلد من العنق والساعد والكف
 والساق والقدم وهذا القصد يحتاج لرباط ومبضع فالرباط شريط من صوف
 ابيض طوله ذراعان وعرضه قراطان والمبضع الكتف من اليد وفصل اليد من الكتف
 من قطعتين من باغة او قرن او صدف او غيرها والنصل يكون من فولاذي شكله
 كالحرية ويتقسم الى عقب ووسط وسن وكل من الوسط والسن محدد بالمخاتين *
 واشكال المبضع ثلاثة لانه اما ان يكون على شكل الشعيرة بان يكون عرض
 مادون السن وهذا مناسيب لفتح العروق الغليظة المتساهرة واما ان يكون كحبة
 الهرطمان ويسمى الشوفان والخرطمان وهذا منه اطول مما قبله واما ان يكون
 كالسان الثعبان بان يكون طويلا رقيقا جدا وهذا مناسيب لفتح العروق الغليظة
 او لتضييق البضعة * ثم ان الاوردة المقصودة من ما بين الذراع خمسة القيفال
 والدماعي والباسليق اي السلطاني لانه كان يظن انه سلطان الاوردة والوسطيان
 المعروفان بالاكملين والزندى فالقيفال ينتهي في الوريد الابطى سائر اليه في طول
 الذراع من الجهة الوحشية والباسليق ينتهي في الابطى ايضا سائر اليه على طول
 الذراع من الجهة الانسية والوسطيان موضوعان في ما بين المرفق على الوراب
 احدهما متصل بالقيفال وهو الجوارب من الجهة الانسية وانما في متصل
 بالباسليق وموضعه امام الشريان العضدي ووتر العضلة ذات الرأسين والزندى
 فرع من الباسليق موضوع على الجانب الانسي من الساعد وهذه العروق
 تنفر في الساعد وتظهر الكف وتغص من هنالك في كانت اوردة المابص خفية
 * والاشياء التي يلزم تحضيرها قبل القصد ماء وخل وانا لله ورفادان سعيان
 مريعتان متفاوتتان في الحجم احدهما اصغر من الاخرى ولها فة ملواه ذراعان
 وعرضها قراطان والمقصد يصح ان يكون جالسا او مستلقيا لان هاتين الحالتين
 لا يمنعان القصد ثم ان القاصد قبل ربط ذراع المقصود يضطر الى معرفة تحمل
 الشريان العضدي ووتر العضلة ذات الرأسين لتلاصقهما حال القصد وينبغي
 في الرباط ان يجعل فوق ما بين المرفق باصبعين ملتغا عليه اقل من شدة ودتين شدا
 وسعيا ليس بالقوى ولا بالضعيف ثم يعقد عقدة واحدة بتدبيرة في الجانب

كال المبضع ثلاثة

لاوردة المقصودة
من الذراع خمسة

ما يحجز المقصد

الوحشي والعروق متى كانت غليظة سطحية عرفت بالمشاهدة فان كانت غائرة
غير مشاهدة فعرقتها بالجلد بان توجد مؤثرة تحت الجلد والشحم كبل فان
عسرت عرقتها بالنظر والجلد فاليد الرباط زيادة عما كان ويترك نحو نصف
ساعة او ساعة الى ان تظهر فان لم يتبع ذلك نغم الذراع في الماء الحار قدر ربع
ساعة فان لم تظهر بعد ذلك فقصدا ورودة تظهر الكف اولى وينبغي للجراح ان يفتح
المبضع على شكل الزاوية القائمة ثم يضع طرف يده بين شفتيه جاعلا عقب المبضع
من ناحية اليد التي يقصدها وطرف النصل من ناحية اليد الاخرى ثم يمد ساعد
المفتقد فوق ساعده ويمسحه بيده الثانية برفق من اسفل الى اعلى ليحتل العرق
دما ويغلظ وينظهر ثم يمنع ابهامه سريريا على العرق اسفل محل البضع بقليل وذلك
ليمنع رجوع الدم الى اسفل بسبب احتباسه تحت الاصبع ولينع زوغان العرق
ايضا ثم يقبض بيده على الساعد من ناحية المرفق بعد ان يكون اخذ اليد
المقصودة تحت ابطه اتثبت ولا تضطرب ثم يأخذ من شفتيه المبضع بالابهام
والسبابة ويجعل الاصابع الثلاثة مستندة لليد الفاصدة * ثم يدفع سن المبضع في
العرق عميلا للمبضع جهة نفسه ثم ينصب يده نصبا عاما وديا لتتسع الفتحة بالحد
المقدم للمبضع ويدل على صحة القصد شعور الجراح بصلاية قصد طرف المبضع
ثم يخلو بفصوص فيه فذلك مع بعض نقط من الدم يدل على ان القصد صحيح وتم
حينئذ يخرج المبضع من العرق ويضع ابهامه على الجرح ليطرح المبضع ويتناول
سريعا الاناء الذي يتلقى فيه الدم وفي وقت خروج الدم يستمر القاصد ما سكا الساعد
المقصود ويا امره بتلعيب اصابعه ليسهل خروج الدم فاذا خرج القدر المطلوب حل
الرباط وجذب الجلد على محل البضع ايزول التوازي الذي بين فتحة الجلد وفتحة
العرق ثم يتخفف الذراع ويضع الرفادتين على الجرح ويثبتهما بلقافة تلف عليهما
لفاصليهما ويترك اربعة قرايط من طرف اللقافة خارجة في الجهة الوحشية
ليعقدها مع الطرف الاخر في تلك الجهة ويا امر المفتقد ان يبق ذراعه مشنبا على
صدره ساكنا قدر اربع وعشرين ساعة فان احتيج الى تنقية القصد بعد زمن قليل
فلا يحتاج الى السلاح بل يكفي بان يشد الرباط على الذراع المقصود ويبعد حافتها

كيفية البذ

عيوب القصد
ثلاثة

الجرح عن بعضهما ويضرب عليه ضربة قوية باصبعين مفتوحين بحيث
يكون الجرح بينهما في الوسط فان الدم يخرج ثانياً بذلك * ثم ان
عيوب القصد ثلاثة تعسره وعدم خروج الدم وتساقصه فاما تعسره فيحصل
اذا كانت العروق صغيرة او غائبة او زائغة او كان كل من الشريان العنقدي
او وتر العضلة ذات الرأسين ملتصقا بالعرق وتدير امر ذلك ان يقال ان هجر
العرق وتعمقه يتسدد اركان زيادة الشد ونقص الساعد في الماء الساخن وزود
العرق يتداول بكون القصد عاموديا وكون البضع بالطول لا متديرا فاما
انفا والتصاق الشريان يتسدد اركان بالتباعد عن محل ضربائه والتصاق
الوتر المذكور يتسدد اركان بكب اليد على وجهه والي صير الوتر به ذما حركه بعيدا
عن محل العرق واما عدم خروج الدم بعد البضعة فذلك لعدم انفتاح العرق
اما الجمل القاصد او لعدم صبر المقصود على تمام القصد واما تساقص شروجه
وانقطاع سريره فذلك اما لعدم كونه الذراع موضوعا على الاستقامة
او لكون الرباط مشدودا جدا او من تحييا جدا او لمضرب البضعة اول شحم مال عليها
اولا ثم حصل المقصود حال القصد واذ لا يضع القصد في عرق فليقصده عرق آخر
في نفس الذراع او في الذراع الثاني ثم ان القصد في لذار الى منه شئ به لا يصح
اذا كان المقصود مشددا تحويل او ان تقراخ تدارو فر من الدم كافي في التهاب
الصدرى * واما الاوردة المقصودة من الساق فاثان احدهما الصفاق والانسى
وهو يتفصل من الوريد الفقدي في الاربية ويختر على القعر الساق من الموه
الانسبية ما را امام الكعب حتى يعا لوظهر القدم ويتفرق فيه راسا لسان ان القصد
في الساق والقدم يكون من هذا الوريد وفروعه والثاني لصافن الوسطى وهو
يتفصل من الوريد المابضى في المابض ويتزل على وحشى الساق امام الكعب ويصل
القدم ويتفرق فيه وهذان العرقان مغطيان بالجلد فقط ويظهرن فوق الكعب
باصبعين وقصدهما يكون في هذا المحل والاشياء اللازمة لهذه القصد وهما
من الماء الحار ما يغطي نصف الساق ليوضع فيه ورادة وقافة ركية في هذه
ان يربط الساق من فوق الكعب بشليل ثم يوضع في الماء الحار والارادة

ردة لساق
وانتدم

الى ان تمتلئ العروق وتتفتح فيخرج بها الجراح من الماء ويضع القدم على ركبته
ثم يضع العرق من تحت الرباط على ما ذكرنا في طريقة البضع ثم يرد الرجل في الماء
حتى يخرج من الدم القدر المطلوب ويعلم مقدار الخارج من تكون الماء ومن حجم
نافورة الدم ومن مدة تروجه ثم يحل الرباط وينشف الساق والقدم ويضع الرقادة
ويثب عليها التغطية اذا صلي بيديا بان يأخذ الجراح رباطا طوله ذراعان يطويه على
هيئة اسطوانة ثم يضعه على الجبهة الوحشية ويترك من طرف ستة قراريط ويدور
بأدنى قوة على الرقادة واسفل الساق ثم خلف القدم فبذلك تتصلب اللقمة
الاولى ثم يلف مرة ثانية وثالثة كذلك وهكذا حتى ينتهي الرباط فيعقده في الجهة
الوحشية واما قصد ظهر القدم فيفعل اذا كانت عروق الساق غير ظاهرة
ولامراض التي يكون قصد الساق والقدم فيها صوب من قصد غيرهما هي
التهاب الرأس فان قصدهما مصرفا والتهاب البطن فان قصدهما محمول
واحتباس الطمث واحتباس نزيف البواسير فان قصدهما جاذبا للزيف *
واما الاورده التي تقصد من العنق فالوداجان الظاهران وهما موضوعان على
جانبي العنق ومنشوءهما الوريدان تحت الترقوة ويصعدان منحرفين تحت الجلد
وتحت العضلة الجذلية فيقاطعان اليافهما على زوايا حادة واطهار هذين العرقين
يكون بوضع رقادة درجية على الوريد من فوق الترقوة والتصاميل عليها او بوضع
شريط رفيع اسفل محل البضع ويشد به على الوريد من غير ان يلف على العنق
لئلا يمنع التنفس بل يأخذ المساعد بطرفي الشريط ويشدهما لجهة ويضع
بإراح اجسامه وسبابته على العرق منفرتين لينزع زوغانه ثم يضعه باليد الثانية
بضعة بالوراب الى اعلى والوحشية اتمة طلع الياف العضلة بالعرش فتتكمش
الياف وتنباعد عن فتحة العرق فيخرج الدم والاناء الذي يتلقى فيه الدم يكون
مقورا من دائره كطشت الملاق لمحيط بالعنق ثم لاجل تسهيل خروج الدم ومرو
الفتحة بان يحرك فكك كثير يكه عند المضغ ثم بعد ذلك يوقف الزيف بواسطة
رفع الرباط ووضع رقادة غروية على الجرح وربطها برفق والامراض التي تستدعي
هذا القصد هي تجمع الدم في الرأس والسكتة والجنون والرمد والحوادث

اوردة العنق

* واما عوارض القصد الوريدي فهي الانحما والكدم والالام والالتهاب وتناجيه
 ويختص قصد الذراع بخوف اصابة وتر العضلة ذات الرأسين او الشريان العضدي
 فالانحما هو نزول الحس والحركة مع نقصان ضربات القلب وحركات النفس
 او وقوفهما فاذا حدث هذا العارض وجب حبس الدم واستلقاء المقتصد على
 ظهره واشتمامه بالثلج والارواح وربما كفي رش الماء على وجهه فتنتعش قوته
 والكدم هو تجمع الدم في النسيج الخلوي تحت الجلد حوالى البضعة او يبيدا
 عنها وسببه عدم موازنة فتحة الجلد لفتحة العرق وهذا العارض يحدث كثيرا
 ولا خطر فيه ولا نكايه ويعالج بالابر فاده مغموسة في الماء البارد المزوج بالمخ
 او في العرق المزوج بالماء توضع عليه وتربط والالام تارة يحصل من آفة تحدث
 في بعض الخيوط العصبية وقت القصد وتارة من التهاب يحدث فيما بعد وثفاؤه
 يكون اما بوضع العضو في ابرن مسكنة او وضع القمادات المسكنة عليه او دلكه
 بالزيت المكوفرا او الوفون والالتهاب ان حصل فاما ان يكون في الوريد او في الاوعية
 الليفية وسببه اما استعداد في المريض للالتهاب الذي يحصل او كسر طرف
 الموضع مع بقائه في البضعة او وضع الحديد وصداه وهذا الالتهاب قابل وقد يشتر
 حتى تحدث عند الحرارة والغاموني والغثغريتا وربما سبب الموت ومعالجة هذه
 العوارض تكون برفع طرف الموضع المكسور من الوريد وبوضع الكمادات الباردة
 واذا للة واشتدت في الغل وتمكنت فيه عولج بالمليينات والمستحبات وبالقصد العام
 وبوضع العلق وبجميع ما يناسب الالتهاب واما اصابة وتر العضلة ذات الرأسين
 في قصد الذراع وينبع سخاا العظم في قصد الساق فلا يتأني منها عارض
 التماسية شديدة البأس بقدر ما كانت نزعم القدم واما اصابة الشريان العضدي
 فهي شديدة الخطر توقع في نكايات عشية جدا وتعلم اصابة به بخروج الدم وتب وثب
 ويكون دمه احمر ورديا وبانه اذا انزع على الشريان من فوق البضعة استنع خروج
 الدم او اقل منها قوي خروجه ثم ان خروج دم الشريان من غير تشنج يسمى
 بالتزيف الشرياني وسريانه في النسيج الخلوي من غير خروج يسمى بالانزف وما
 كاذب الاولي ومتى حدث هذا العارض الخطر فليدع بجراح الدم حتى يخرج

للصد الشري

منه مقدار كافٍ لئلا يسرى في الشرج الخلو ثم يحبس به بان يضع شيئا مدورا
من قطع المعامله او من اى معدن كان على البضعة بعد ان يلتصق في شرة وفوقه
رفادة درجية ثم يشد عليها بعصاية طويلة شدا قويا حتى ينطبق جدار الشريان
على بعضها ما فتتبع حركة الدم من جوف الشريان ويجدد شدة هذا الرباط كلما رغب
ويداوم على ذلك قدر اربعة او خمسة اسابيع * واما القصد الشرياني فهو لا يكون
الا في الشعبة الجبهية من الشريان الصدغي لكونها سطحية وترتكز على العظم
فيكون مسند الهياكل المقطع والرباط يمنع نزف الدم منها والشريان الصدغي
المذكور فرع من الشريان السباتي الظاهر يسعد في الحفرة الصدغية فيما بين
التواحيج الوحشي والاذن ويقع الى الجبهة ويتفرع فيها والجراح بعد ان يعرفه
بشر بانه يمز عليه بنقري في المحل الذي يريد قطعه مسنه ويغمز عليه بالابهام من
فوق المحل المذكور ثم يقطع بالعرض بشرط صغير وطول الجرح الحاصل
من ذلك ربع قيراط او ثلث فيخرج منه الدم وثبا وثبا ولونه الاحمر الوردي يدل على
انه دم شريان ثم بعد خروج اقدار المطلوب من الدم يضع ابهامه على الجرح ليجبس
التزيف ثم يضع عليه رفادة صغيرة درجية وينشر عليها شدا قويا به عصابة تلف على
دائرة الرأس وان كان المقصد قلوة بالذهاب عقل او يحنون ونحوهما فينبغي
ان يكون التدبلة على ديشة تسمى عقدة الخزام وقصد هذا الشريان اربعة انواع
القصد انهم حثوا عليه في الصداع المستعصي وفي ارتجاج المخ من نحو وقعة
او ضربة قوية في الجنون والرمم الحاد سيما عند تعذرا ونفسر قصد الوداج

الكلام على المعالجة المصرفة لالتهاب

المصرف هو ما يبعد التهييج عن العضو الثابت هو فيه الى عضواته والمهيجات
المصنوعة هي المصرفات وتستهمل في الجراحة كثيرا الشفاء من الالتهاب
وتكون من الباطن اذا ريد بها احداث التهييج في الاغشية المخاطية التي للمعدة
والامعاء ومن الظاهر اذا ريد بها احداث التهييج في الجلد والاول لا ينبغي ان يعمل
الا اذا كانت اعشاء الهضم في حال الصحة حتى لا يحدث فيها التهاب شديد فان ذلك

ربما يتقوى على سبيل السببيات بالالتهاب المراد مقاومته والمعالجة بهذه الطريقة
 انما يخص الطيب لا الجراح واما الثاني وهو المصنوع الذي يراد به احداث التبرج
 في الجلد فيخص الجراحة ويشتمل على عمليات شتى دقيقة وعلى كل منها فينبغي
 ليكون المصرف ذاتفع ان يعمل اما في ابتداء الالتهاب او في انشطاطه او بعد
 انتقاله الى حالة مرضية وفي الاول اذا كان الشخص قويا يضم للمصرف القصد العام
 والموضعي والمكمدات الملية وتوضع الباردة ولاجل زيادة التسهيل في تحويل فوارد
 الدم على المحل الملتب ينبغي ان يوضع المصرف على موضع ابعد من موضع
 الالتهاب وفي الثاني من حيث ان الالتهاب استقر في العضو وثبت فيه ينبغي
 ان يكون وضع المصرفات على اقرب موضع لمح الالتهاب وذلك كما في التهاب الرئة
 والبلعور المزمن كل منهما واولاوع المفاصل وعرق النسا فتعمل لهذه المنغطيات
 والسكي والحصية والمقصى على الجلد الذي يحاذي موضع الالم وفي ابتداء الالتهابات
 يكفي احداث المهيجات السطحية السريعة الزوال بخلاف الالتهابات المزمنة
 فينبغي فيها احداث التهيجات الغائرة القوية تأثيرها في البدن مدتها وبعدها
 يقيح كثير مدتها طويلة .. ويحذر من استعمال المصرفات زمن اشتداد الالتهاب
 الحاد فانها تزيد ولا تزيده وقبل وضعها ينبغي تنقيص قوة الالتهاب المراد مقاومته
 بواسطة الاستفرغات الدموية

المصرفات سبعة
 ١٠٠٠ الدلت

والمصرفات المستعملة في سطح البدن او في جزء منه سبعة الاول الدلت ويكون
 بجراحة من صوف او بفرشة لينية من شعر ويدلك بها سطح واسع من البدن دلكتا
 متناسقا ليجمر الجلد من غير ان ينسلخ والدلت يكون يابساً ذاتاً ان
 بالمذكورين فقط ووطبا اذا كان بادوية سائلة يراد شرب المحل منها وكثيرا
 ما تزداد قوة تأثير اليباس بتبخير الخرقعة او القرشة بالابخرة العظمية
 الثاني غرز الابر وهو يستعمل كثيرا في بلاد الشرق لاسيما بلاد الصين وبلاد
 الجابون وهذه العملية تكون بآلة دقيقة جدا ذات يد تغذ في البدن بان تدار يد
 بسرعة شديدة بين الكفين او باليد عليها قطعة صغيرة من الخشب وهذه العملية
 يمكن عملها في اي جهة من البدن لان هذه الالة صالحة لان تغذ في الحسم

الثاني غرز الابر

وتنقسم فيه من ان كثيرة في اقسامها من السطح المحاذي لمحل الالمن غير
ان تشدخ خيوط الانسجة الدقيقة شدا خطر الكنه ينبغي تبعيدها من المقاصل
والاوهية الغليظة والاعصاب الكبيرة والاعضاء الشريفة وتأثيرها تهييج لطيف
وتكرر هذا العملية على حسب شدة الالتهاب وضعفه

الثالث

في عماد الخردل وهو ان يؤخذ دقيق زرا الخردل ويهين بالنخل ويوضع على
المحل كوضع بقية الفمادات وقد تليط بقوة تهيجه باضافة شئ من الدقيق المعتاد
عليه والغالب ان لا تليط لان شأنها ان تكون قوية التهييج وينبغي ان يكون
وضعها على موضع اوسع من موضع الداء

الرابع

المنقطات وتؤخذ من كل جوهر اذا وضع على الجلد احدث فيه تهيجا وافران
مصل وتنقط في البشرة وتلك الجواهر هي الذراريح والخردل وروح النوشادر
وحراة الشمس والماء المغلي وغير ذلك وفعل هذه الجواهر مختلف في السرعة
والتأثير والذراريح اكثرها استعما لا وتكون تارة كالضماد وتارة كاللازوق
ومصحوق الخردل يمسر ان يحدث في الجلد تنقطا بل الغالب انه يهيجه او يحمره
فقط وروح النوشادر يذ لك به الجلد او توضع عليه خرقة مغموسة منه فيؤثر فيه
سريعا والماء المغلي اقوى من روح النوشادر لانه يؤثر حالا وعمل المنقطة منه
ان يوضع الماء في اناء ويقلب على الموضع ويكون في الاناء تحكما عليه طابسا للماء
ما نعاله عن السيلان الى غير الجهة المقصودة ثم يرفع حالا وعمل المنقطة من حرارة
الشمس ان تحبس على الموضع بواسطة انحصار شعاعها في زجاجة وهذه لا تعمل
الا عند قدر غيرهما تعمل منه المنقطات ثم ان هذه المنقطات منها ما يحمر الجلد
ومنها ما يهيجه وموضعها من البدن متفاوتا والجهة الانسية من العضد والفخذ
والساق وقد توضع على محل الداء وعلى ما بينه وبينه سميما قوية فالحرارة للجلد تنفع
في الاتهاب المعدي المعوي الحاد ويكون في الساق والفخذ مصرفة للداء والمنقطة
ان كان المقصد منها التحويل وضعت على المحل القريب من العضو المصاب او على
الجمل الذي له معه مشاركة في الرمد المزمن توضع على التقاوي وجع الاعصاب
توضع على مسير العصب واذا كان المقصد منها جذب المادة من الجسم وانحراجها

شيأ فشيأ حتى لا تنتقل إلى أعضاء أخرى فلا توضع إلا في العضد والساق ويشغل
 المحل زمناً طويلاً ومن الجساذية ما يوضع على المحل المريض لجذب الالتهاب
 الذي كان قارقه وذهب إلى عضو منهم للحياة فإن كان هنالك شئ فليخلق ثم يبدل
 الموضع بالحل وتوضع عليه النقطة وتثبت برقادة ثم تربط ومدة مكث النقطة
 المحررة على المحل ساعتان أو ثلاث والمقحفة ثنتا عشرة أو أربع وعشرون ساعة
 ثم ترفع بلطف وتفتح الجلدة بالمقص ليخرج ما فيها أو ترفع بالكلية إذا أريد زيادة الدم
 ثم يشغل المحل أن أريد تشغيلة بوضع ورق الساق أو الورق الرقيق الأنسأ عليه
 بعد أن يدهن بالزبد أو عرهم جالينو ويغير عليه في النهار مرتين أو أكثر على حسب
 خروج المادة وعند ما يراد تبديل النقطة بالحصاة يوضع في وسط القرحة حصاة
 صغيرة ثم تبديلها بكبر منها شيئاً فشيأ وتثبت برقادة درجية ويشد عليها شئ رقيقاً
 فتأخذ الحصاة محلها من الجسم وتحدث فيه ثقباً على قدر حجمها ومنى جعل
 من الحصاة ما هو المقصود فليداوى بقية القرحة بالجواهر المطفة

تبدل النقطة
 بالحصاة

مسك الحصاة

الخامس في الحصاة وهو قرحة صغيرة تحدث بواسطة الصنعة وتستدام مدة
 والمواضع المناسبة لذلك الذراع في الحفرة الموجودة في الجهة الوحشية من
 العضد على المحل الذي تتركز عليه العضلة الذالية والفتحة في أسفل ذراع اليد
 منه أمام وتران عضلة الثالثة من مقربات الفخذ والساق في جهة لاسية
 أسفل الركبة فيما بين العضلة التومية الانسية ووتر العضلة الغضائية وهذا الذي
 على ثلاثة أنواع لانه إما بالأميج أو بالشق أو بالجواهر السكاوية الذي يأتي بكون
 بوضع النقطة على المحل حتى تفعل فعلها ثم ترفع البثرة ويوضع مكانها حصاة
 على ما تقدم وتغير في كل أربع وعشرين ساعة حتى تأخذ الحصاة مكانها وهذا
 النوع بطيء مؤلم فلا يستعمل إلا للذين يحسافون من الالاح أو عند عدم تيسر
 النوعين الآخرين وأما الذي بالشق فهو أسرع فعلاً وأقل المأوى يكون برفع الجلدة إلى
 فوق وشدها من الطرفين بأن يمسك المساعد أحدهما والجراح الأخرى ثم يشق بيده
 الثانية الجلدة شقاً صغيراً درماً يسع الحصاة ثم يوضع في هذا الشق قليلاً من
 النسالة ويشد عليه كما مر ويتركه يومين أو ثلاثة حتى يشتد المحل في الشق فيعبر

عليه ويضع فيه حمصة او قطعة من شمع او خشب او غيرهما واما الذي بالبطاير
 السكاوية فهو اكثر استعمالا وهو ان تؤخذ خرقة مربعة عرضها ثلاثة اصابع
 يمد عليها الدخليون وينتج في وسطها ثقب بقدر العدسة وتلصق على الموضع
 ثم يوضع فوق الثقب قاييل من البوتاسة السكاوية بقدر سعة الثقب ويحيط عليها
 بنسالة التلازوغ عن شملها ثم يوضع فوقها الزقة الثانية من الدخليون اكبر من
 الاولى وتثبت برقادة ورباط وتترك قد رست ساعات او عشر ثم تزال بلطف ويدهن
 الموضع بمرهم جالينو وبعد سقوط الشكر يستعمل موضع في شملها الحمصة وتغير مرة
 او مرتين في الثمار على حسب المادة الخارجة فاذا اريد زيادة التشغيل في الدوام
 ابدت الحمصة بازرازا ساريج الصغيرة جدا المذففة او يجودور البنفسج او بحمصة
 مدهونة بمرهم الذرايح وكى الحمصة احسن من المنظفات اذا كان المتصود منه
 دوام التشغيل واختيار المواضع يكون على حسب الداء فان استوت المواضع
 في النفع عند انطباقها استعمل الذراع

السادس:

السادس شرم دهن فريد خفيف في الجلد متعدد دوام التمسك ويكون في مواضع
 اجودها انتف والاسلح لا يدرم له شرط ذر حده مستقيم ومسلية في احد طرفيها
 زروفي الاخر ثقب بالطول يتخذ فيه القليل وقد يستعمل بدلها حديدة تسمى
 ابرة الخزم وهي فصلة مفردة تشبه نصل الموضع في عقبها ثقب بالعرض يدخل
 فيه القليل ثم تنفذ الحديدة والقليل معافي الجلد والقليل ينبغي ان يكون من
 خرقة كتان رقيقة منسولة من البياض وقد يكون من غزل القطن وكيفية عمل
 الخزم ان ترفع البلاءة راسا من طرفيها في ذلك المساعدة احدهما والبراح الاخر
 بيده اليسرى ثم يدخل بيده في الجلد المشرط بالعرض ثم تنفذ القليل بالمسلة
 او يعمل العملية باليد الثانية وهي الاودق لذلك واحد الطرفين من القليل
 يجعل قصير او اشافي طويلا يشي مع الرباط وبعد ان تمام هذه العملية يومين
 او ثلاثة يعبر الجهاز ويدهن من القليل من النارف الطويل قدر قيراطين بمرهم
 جالينو ويشد الطرف اليسير برفق الى ان تدخل في الجرح القنعة المدهونة وتقص
 بقديعة حتى تشربت الدم وتعالج هكذا في كل اربعة وعشرين ساعة مرتين

على حسب مقدار المادة حتى يتم الغرض وإذا قرب فراغ القليل وصل من طرفه
بقتيل آخر وانخرام من المصرفات الجيدة جدا وينفع في وجع الرأس إذا تولى
المتعاصي وبعض انواع الصرع والرمم المزمن وامراض العبد والمزمنة
ووجع المفاصل المزمن وقد يتفق ان يتولد حوالى الجرح زوايد حية فتزال بالشب
المحرق المسحوق او بالجير الجهنى او بالقطيع وقد يتفق ان ياكل القليل الجلدة
ويقطعها فينبغي ان يفتح خزام اخر ان امسكنا والا فيبدل بمحصة في الموضع
واعلم ان ابطال تشغيل الخزام او الحصة بسرعة من غير جدا لانه يحدث عنه انة ل
الاتهاب الى المخ او الرئة او المعدة او لامعا فيورث اسكتة والسل وغيره او حية
فينبغي ارجاع التقيح وقتحها حال استفرغ المواد

السابع المقصود

السابع المقصود وهو كى الجلد بجواهر مختلفة كالقطن والصوفان وغيرهما ويجعل
على شكل اسطوانى عرضه قيراط او اقل وطوله كذلك وكيفية عملها ان تأخذ قليلا من
قطن مندوف وتجعله وسط خرقه وتلقها عليه لفاقويا والاولى ان تغطه بدون الخرقه
وتدهن ظاهره بالصمغ السنارى وتنشفه وان كانت من الصوفان فلا خرقه اصلا بل
يلصق وتهدم اطرافه ثم يمسك بالماشه او بالجبوت ويلصق احد طرفيه بالجلد وتوضع
النار على الطرف الاخر ليولع ثم ينفع عليه شيئا فشيئا الى ان ينفرق وتصل النار
الى اخره فيجس المريض بالحمى شديد ويحصل في الجلد التهاب وخشخشة والمقصود
من اجود المصرفات واقواها وينفع في وجع المفاصل المزمن وفي امراض العصب
وفي الشلل والربو ما تيزم المزمن وفي ابتداء تسوس السلسلة العنقارية وغير ذلك
ومعالجة الخشخشة تكون بمرهم جالينو واذا زاد التهاب المراد احداثه عن
القدر المراد عولج بوضع الجواهر الملية وبعد سقوط الخشخشة يبقى موضعها
متقرحا وفيه مادة فينبغي ان يبقى تشغيلة او ان يترك حتى يلتئم على حسب
ما تقتضيه الحاجة واعلم ان اجود المصرفات واقواها ما يحصل منه اشدة لم
واعظمه لان الالم هو عنصر التصريف والطرق التى ذكرناها في التصريف هي
اقوى المصرفات في الجراحة وتستعمل عندما يكون التيج من ماثباتى عضو
غيره فبارق له او يكون في الاحشاء المهمة للحياة تهيج شديد الخطر

وهي كلمة يونانية
تحدد المادة ولذلك
لحداد وهو التهاب
وتار العريضة وقد
من الجسم ولذلك
لأرياح النشالة وفي
لربح انطيسي

الباب الثالث فيما ينشأ عن الالتهاب وما يخص ذلك من العمليات

الذي ينشأ عن الالتهاب وينتهي به ستة اشياء

الاول التقيح وتسمى كون الخراج وهو اغلب ما ينتهي به الالتهاب ويحصل ذلك
اذا لم تؤثر المعالجات التي ذكرناها آنفا في الالتهاب نفعاً والتقيح يتكون
في وسط النسيج الخلوي الذي تحت الجلد او الذي تحت الاوتار العريضة او الذي بين
العضلات او الذي هو داخل في تركيب النسيج الخاص للاعضاء وابتداء تكونه
يكون فيما بين صفعات النسيج الخلوي ثم بعد ذلك يقليل يتجمع في محل واحد واكثر
ويمكن معرفته حينئذ بالتعرج اذا كان الخراج ظاهراً اما اذا كان غائراً فيكون
التعرج خفياً او غير محسوس به ويؤيد استدلال على تجمع القيح حينئذ بكون ما يجاوره
ايضاً كآهين وهو يظهر غالباً بالاشمعية والحمى وجفاف القم وقحولة الجلد وشدة
بقية الاعراض المرضية وانفج المادة ينلمر بلين وسط الورم ويكون قاعدته
كآهين ويكون الجلد المغلف للخراج رقيقاً ولونه كالتين ايضاً مائل للصفرة
واقوى علامات وجود التقيح والتعرج ويظهر ذلك تعرج بوضع الوسطى والبنصر
من احدى اليدين على جهة من الورم ووضعها من الاخرى على اعلى الورم ثم يغمز
بهما عليه بالتهاقب فيظهر ذلك التعرج ويغني فيما اذا كان الصديد غائراً التهرز من
اشتباه حركة التعرج بحركة الاجزاء اللينة التي تكون هناك والخراج يتنوع
الى مرضى وعرضي فالاول ما يظهر في نفس المحل الذي يكون فيه التقيح والثاني
ما يظهر في محل قريب او بعيد عن العضو المصاب والخراج الموضعي ان سبقته
اعراض انماية حادة شديدة جداً يسمى خراجاً حاراً او غليظاً ويساوان تكون شيئاً
فتياً او كان الالتهاب فيه ضعيفاً يسمى خراجاً بارداً ومعالجة الخراج الحار تكون
بالشق فينبغي في فتح الخراج لخراج الصديد منه ان يكون بالشق عليه في المحل
الذي قيل اليه المادة حيث يكون التعرج الظاهر والمناسب في الخراج الصعب
اذا كان في الوجه والعنق او ردى المرأة ان يتركه للطبيعة لان التجربة حقت
ان الصديد اذا خرج بنفسه كانت الاثره اى اثر الاثره اقل تشوهاً مما اذا خرج

ينتهي الالتهاب به
الاول الخراج

علامات تكم

تنوع الخراج

معالجة الخراج

اجبالجواهر الكاوية
مجدور

انواع الشق

مسلك المشروط

بواسطة المشروط او الموضع والخراج الكبير ينبغي فقه سر بهما وكذا الذي تجاوز
المفاصل او الجواهر العظيمة او المواضع التي يكون النسيج الغليظ فيها شواهدا
ولا ينبغي الاستعمال بفتح الخراج حتى يظهر فيه الذين لا سيما خراج الفم لان
حذاق الجراحين قالوا ان الصديد يولد الصديد * واما فتح الخراج بوضع قطعة
صغيرة من البوتاس الكاوية في وسط الورم وتثبيتها عليه بلزقة غروية
كما الداخلون فيحصل منها خشك ريشة تنشق ثم يوضع على الورم خماس
ملين فهو طريفة غير مستعملة في العادة ولا تعمل الا للذين يخافون من السلاح
وسبب تركها انها تؤثر تشوها في المحل باذهاها قطعة من الماء ودرجات
استحسن فيها استعمال الالات القاطعة * ولما كان الخراج من الامراض
التي تستدعي الشق البسيط كثيرا اردنا ان نوضح كيفية الشق وانواعه ونقول
الشق هو تفريق اتصال الابرء الرخوة من البدن على قاعه في خمسة بآلة
قاطعة والشق البسيط يكون بالمشروط او الموضع فالمشروط هو استعمال الالات
استعملت في الجراحة آلة كالمكين الصغير مركبة من فصل ويدها تصل طوله
ثلاثة قراريط ويكون مستقيما ومضنيا وينتهي برأية حادة او منفرجة
او برزوحه القاطع يكون مستقيما ومرتعا وبارز وبناتصل باليد اليمنى
اربع اوتى تسوى على اليد الاولى ينحوى على يد واحدة وتصل باليد اليسرى
اللات ان يكون حاد او منونا ساجدا بحيث يثبت فيه بواسطة المنشار
ميكروسكوبي وسى التنسرة الجسم الكاشفة للاشياء الصغيرة في
التفاداة المقتضة اسنان كالسنان المنشار ولذلك كانت اسنانها في
بالسحب كحركة المنشار لا بالتعامل * ومسلك المشروط يكون على حسب الشق
في كونه من الخارج الى الداخل او عكسه فاذا كان الشق من الخارج الى الداخل
فاليد اليسرى باليد اليمنى او اليسرى وايكن الا يمسح والوسطى على جانبه
في محل اتصال اتصال باليد وتبسط السبابة على ظهر العمل وتكون راسها
يقبضان على اسفل يد المشروط وتثبتانها على الراحة فاذا مسك المشروط على هذه
الكيفية وكان الشق الى جهة الجراح او من الشمال الى اليمين فليذهب الى طرف يد لانه

دائما من الجهة التي ينتهي اليها الشق وهذه الكيفية تعمل اذا لم يكن تحت الجلد
 شيء يخشى جرحه ففي الجراح العظيم والرسوب الدموي يدخل الجراح رأس المشرط
 ادخالاً هودياً ثم يميل اليد الى الاسفل حتى يكون ميل حد الالة على سطح الجراح
 على زاوية حادة ثم يجره حتى يصل الى آخر الشق فينصب المشرط نصباً عمودياً كحالة
 الادخال لينقطع الجلد قطعاً متساوياً ولا يكون الشق ذنباً واعلم انه قد يخشى
 في بعض الاحيان من ان يصيب المشرط بعض الاعضاء التي تحت الجلد فينبغي
 حينئذ ان يقبض الجراح على طرف الجلد من جهة ويقبض المساعد على الطرف
 الاخر من الجهة الاخرى ويرفعانه بجهة اعلى ثم يضع الجراح حد المشرط على اعلى
 الشفة ويشق في مرة واحدة حتى يصل الى نهاية المطلوب واذا لم يمكن القبض على
 الجلد ولا رفعه فليضع الجراح الابهام والسبابة من اليد الغير الماسكة للمشرط
 على الجلد ويفرقهما ويتكفي بمؤثر الراحه لينبسط الجلد ثم يشق برفق حتى يصل
 الى النسيج الخلوي فيكون الاصبعان على حافتي الشق ومؤثر الكف من خلفه
 فان احتساج الامر الى توسيع الشق فليدخل الموصل في زاوية الشق من الجهة
 التي يراد توسيعها لينتهي المشرط بذلك الى تنعيم الشق وان كان الشق من
 الداخل الى الخارج وهذا الايتان اذا كان الجلد مفتوحاً معرضاً او شق صناعى
 فليوضع الاصبع او الموصل في فتحة الجلد ثم تم العملية وكثيراً ما يكون ادخال
 المشرط المذكور في الجرح عارياً عن الاصبع او الموصل خطراً فيستعمل حينئذ
 المشرط ذو الزر لانه لا يفعل ذلك او يستعمل الموصل واحسن الموصلات وأمنها
 الاصبع فيستعمل حيث يمكن بان يلمس عرض المشرط على بطن الاصبع
 ويدخل اصبع الجرح فاذا وصل الى المحل المستورد نصب حد المشرط نحو الجهة
 المراد شقها ثم شق واذا لم يمكن ادخال الاصبع في هذه العملية فليستعمل الموصل
 وهو مسبار ذو فتحة مجرى فيمس من المشرط ويسمى بالمجس القنوي وكيفية
 العمل به ان يوضع الكف من اليد اليسرى امام الفتحة منبطحاً ويمسك بالابهام
 والسبابة من جهة الموصل فتدوى ويدخل منه في مسير الجرح من الجهة المراد
 شقها. او تحت الزبينة المراد قطعها او بفعل به حركة ارتفاع وانخفاض حتى ينتهي

شق الجلد
 بعدة

استعمال الموصل

الى ما يراد شقه فيشكا على طرف الموصل بالابهام فيرفع الطرف الداخل الجلد
الى فوق ويمدد الاجزاء الكائنة على الموصل ثم يضع الجراح المشروط في قناة الموصل
بما سكاله كما في القطع من الداخل الى الخارج ويشق به حتى ينتهي الى اخر القناة
فيرفعه الى الاعلى ويشق به الجلد من الداخل الى الخارج به واذ اريد الشق
الامام او من اليمين الى الشمال فليجعل حد المشروط الى اعلى والابهام والسبابة على
جانبى محل اتصال التصل باليد وبقيّة الاصابع مثنية على يد الالة واذا كان الشق
الى جهة الجراح او من الشمال الى اليمين فليمسك المشروط بقلم الالة ثم يدخل
الموصل كما ذكرنا آنفا ثم يضع من المشروط في قناة الموصل عملا له الى اسفل ثم يردده
الى اعلى مع انشق شيئا فشيئا الى ان ينتهي الشق فيخرج بهما معا ويضع يده على
في فتح الجراح الصغير وفي الشق لادخال الموصل مع المشروط ولكن المشروط مقدم
على الموضع حتى في هذه واعلم انه قد يحتاج الى كشف بعض مواضع من البدن
فيشق الجلد المغطى لتلك المواضع بأي نوع من انواع الشق فاذا شق على موضع
من جهة ثم شق كل من شقي ذلك الشق من الوسط شقا مائلا للشق الاول
سمى بمجموع ذلك شقا صليبيا هكذا به واذا شق احدى شقيه فقط شقا عموديا
سمى الشق قائما اكونه يشبه الساء الا فرعية وكذا [] و [] عليه
والتقياء على تسعة سمي فربا اكونه على شكل القوائم ثمانية عدد ٧ و []
احد الشقين عن الاخر سمي لاميا اكونه يشبه الالام لتليانية هكذا [] وذا ثور
الشقوق في العملية كان الاتحام عسرا قل ذلك فتملوا الشق اعزى واشق له في
والشق الثاني على الشق العملي اذ هو مع كونه كثير الشقوق ليس باجود من []
في كشف الاورام والتسوس وغيرهما مما يستعمل هو فيه و []
لا يستعمل الا في ازالة قطعة كبيرة من الجلد به واعلم ان الشق بجميع هذه
شروطا الاول ان يكون السلاح مستويا مرصفا والثاني ان يكون الشق على واحة
عضون الجلد اذا كان الشق فيه مثلا وذلك لتحرر عن تشوه الجلد بعد اتحام
الجرح وعلى طول العضو اذا كان في الاطراف وذلك لسهولة التماس الشقي خارج
فيحصل له التحم ولئلا يتعمل بعد الاتحام بسبب الحره وانما الثاني ان يكون

الشق بالمبضع

انواع الشق

شروط الشق
يكون

الثاني الالتصاق
الغير الطبيعي

معالجة الالتصاق
بالازالة

الثالث التيبس

معالجة التيبس

ع الورم القطري

الثاني مما يحدث عن الالتهاب الالتصاق الغير الطبيعي وقد يحدث عن الالتهاب اذا كان غير حاد التصاق بعض اجزاء من البدن لم تكن ملتصقة في اصلها الطبيعي وهذا الالتصاق قد يحصل في الاسطح المتجاورة والمتماسكة كالتصاق سقف لادهاء الظاهر بسطح البريتون في علة الفتح وكالتصاق الاصابع ببعضها والفتق او الخياشيم وغير ذلك وسبب هذا الالتصاق مادة زلالية ترشح من الاسطح الملتصقة فيكون منها خيوط كثيرة مشجية * وكيفية ازالة تلك الخيوط الملتصقة للاسطحة المذكورة ان كانت رخوة اسفنجية بتعريض كل من السطحين الملتصقين والتفريق بينهما فتتحرق تلك الاخيطة او بان يدخل الاصبع السبابة فيما بين السطحين فتتحرق وهذه الطريقة تسمى طريقة التزريق وهي نادرة في اميات الجراح لانه ينشأ عنها تجميد شديد في الانسجة الطبيعية

الثالث مما يحدث عن الالتهاب التيبس فان الالتهاب الحاد من خواصه ان يحدث عنه في بعض الاحيان تيبس الانسجة وتصبحها ذات طبيعة واحدة شبيهة بنسيج الكبد والطحال ويمكن ان يستمر هذا التيبس حتى يصير النسيج كبدي اللون وهو المسمى بالتكبد واذا طال هذا الالتهاب وتفاقمت شدته وصار الجزء المصاب به ايضاً مندمجاً فالظاهر ان هناك خلط لينة فاوى متجمدة تغد في ما بين انسجته فاعلم انه اللون الشحمي والتيبس المذكور درجات مختلفة فاما يمكن معه معرفة النسيج الاصل للعضو ومنها ما يزيل هيئة العضو بالكلية فلا يعرف معدن نسيجه الاصلى واذا رالت من الالتهاب المذكور الاعراض الظاهرة والموضعية والسيما توبة وانتقل الى الحالة المزمنة الخفية وجبت معالجته بالاستفراغات الدموية الموضعية ولتكن قليلة وتكرر كثير مع الوضعيات المليئة ومضى زال الالتهاب بالكلية واخذ المحل في اللين فاليستعمل الدلك بالادها ان القلوية اى المضاف اليها القلي وبالعقدادات المنشور عليها الصابون المشبور وما اشبه ذلك فان هذا كله مما يجهل التحليل والمنفطات يمكن ان تنفع في ذلك لكن لا ينبغي وضعها الا بعد زمن طويل واذا انتهت بوضعها تجمد المحل فلتتركه وتمسك بالادوية المضادة للالتهاب

الرابع مما ينشأ الالتهاب الورم القطري اى الشبيه بالقطر والورم الجلدي والاول

ايضا يظهر في الباقى الاغشية المحاطة خصوصا الذي للعضلات انقباضا او للبايوم
اولا مهبل او المعاء المستقيم وهذا الورم يختلف في الحجم والعدد وفي الصلابة واللين
والثاني هو لا ورام ذوات العنق التي تظهر في الجلد وهي التاليل وهذه متى اسكن
فيها انما تمت ما يات من عنقه بالمتن او يربطه بخيط مشع او بخيط من حرير يلف
على عنق الورم انما تروى باقصة قطع غذاء الورم ويضعف ثم يستقطر والاول وهو القطع
بالقطن اسرع والثاني اولى انما كان الورم كبيرا لجم لانه لا يسبب تزيغا فان لم يحصل
من الربط تقع بسبب كونه رخوا ويقتدى الورم من وسط العنق فليشد الرباط ثانيا
ثم يقرع ذلك الشد كل انحراف العنق

انقسام الانسجة
الغير الطبيعية

انقسام من عما ينشأ من الانتهاب انسجة غير طبيعية شبيهة بالطبيعية وغير شبيهة
بها فان له انتهابا ذا صا مرضا ناتجا عن التركيب في غير الانسجة فيفسدها ويحولها
الى هيئة يمكن بها ان تارة تحيل الى ابراهيمية او غير روية او عظمية او مخاطية
شبيهة بغيره او صلبة و رفة تحيل الى مواد وانسجة جديدة غير شبيهة
بها من حيث الهيئة والخواص كما في الكبروس والسرطان والانسجة
الاسوداء والبرص والانتهابات الخ وغير ذلك فلا يكبروس ورم يتكون من نسيج لين
فيما بين ابراهيمية على ومادة لبيانية لونها ابيض يحيل للصفرة واشهب ثم نسيجه
الحص فتليد وتفسد جوهره ويكتسب صفعة النسيج السرطاني او النسيج الشبيه
بالباغ فان اقبل جرم من هذا الورم راكتسب لونا اسودا قليل في الورم الاسود والحريرى
والاشرفى انما هو قلة صغيرة من مادة لبيانية تسمى ذلك ورمادريا
وهذه من هذه ابراهيمية تارة تارجمها بواسطة الانتهاب الذي نشأ عنه تكونها الاول
وتارة تارجمها الى ناعم كل العضو وتصبح بيا جديا قويا لا تخرج وتولد منها
جديد من ذلك النوع وكثيرا ما يمتد ذلك الانتهاب بعيدا عن محله فينتسب
عنه نوات وتجرى الى الان لم تنشر انما الحد الذي تنهى اليه هذه الاستصالات التي
هي بغيره بغيره يحصل الشفاء منها بان تحلل بدون عمليات الجراحة والذي
يجوز به هو ان المعالجة الموضعية المضادة للانتهاب هي الاحسن وهي التي
يفضل ان يتركها ان كان في المريض قوة ولم يعرف ان لمرض ينهى بالتقرح

او يعتمد امتداد اخطار يصيب به الاحشاء الرئيسية فقد شوهد ان انواع السرطان
حصل الشفا منها بالتصديق بالوضعيات الموضعية المليئة ومضى تقوت هذه المعالجة
بالمصرفات كالمفطرات والسكي المقعوانين بعيدا عن الحمل ولم يحصل منها نفع وجبت
المبادرة باستئصال الانسجة الجديدة بعملية الجراحة لكن لا ينبغي عملها اذا كانت
حياة الانسان في خطر من التهييج السيء اتوى في الاحشاء الرئيسية واستئصال
الاورام السرطانية وغيرها على طريق العملية المخصوصة يحتاج لجملة شروط
الاول ان يكشف عنها الجلد بواسطة شق بسيط ان لم يكن لها جهم والا فليشق
عليها بالشق الصليبي او الساقى او القوى على حسب ما تقتضيه الجهة مع التعفظ
على الجلد ما يمكن الساقى ان يزال الورم مع الجزء الذي تغير او التصق بسطحه من
الجلد والثالث ان يسلخ النسيج المشيج المحيط بالورم مع التعفظ عن اصابة الاوعية
والاعصاب والاورام وجميع الاجزاء المهمة والرابع ان يبدل سلخ النسيج الغلوي
بالتمزيق اذا كان النسيج المذكور ضعيفا ورخوا والورم محدودا اي غير منتشر بان
يدخل الاصبع ويدار به حوالى الورم والخامس ان يربط كل ما تقع من الاوعية
حين العملية والسادس ان يفتش الحمل بعد استئصال الورم الاصلى فرعا كان
هنالك اورام تولدت او اجزاء بقيت من الورم الاصلى والسابع ان يتصف بالبرع ويتم
ربط الاوعية وتجميع حوافي الجلد وتثبيت بالارق النازجة ثم يوضع عليه وسائد من
نسالة مدهونة بمرهم جالينوس ثم من فوق ذلك الرقائد ويربط على الجميع برباط لايق
بالحمل وهذه الشروط عامة ينبغي العمل بها في استئصال الاسكيروس والسلخ
والغدد والاورام المتكيسة وجميع ما يوجد من الاورام القطرية العائرة في الاعضاء
وتختص الاورام القطرية بان يكونى شعاعها بالجلد بعد استئصالها ثم لا تعود
وسياتى الكلام على كل واحد منها في محله

شروط عامة لعملية
الاستئصال

السادس مما يحدث عن الالتهاب الغنغرينا فان الالتهاب اذا افترط فكثيرا
ما يحدث عنه موت العضو ويسمى ذلك بالغنغرينا والاكلة ثم ان حصل في
العضو المصاب بالغنغرينا ينس وعائنه مميت الغنغرينا يابسة وان كان فيه اين
ومصل مميت الغنغرينا رطبة والجزء الميت على كذا الخفة يسمى خثا كرسنة

ادس الغنغرينا

فان حمت الغنغرينا بجميع اجزاء العضو وحصل فيها موت سمي ذلك
 سفا قلوب والسبب العام في الغنغرينا شدة الالتهاب والسبب
 المهي لها هو ضعف الايدان لان الانسجة اذالك قليلة القوى فلا تحمل
 شدة الالتهاب من غير ان يغرب تركيبها على هذا يكون تغير الدم في الاسكوربوت
 من اسبابها المهيثة والضغط على الانسجة الملتهبة واختناقها دائما سببان
 لها اذ لم تسقط من الطبيعة او الصناعة ومن اسبابها ايضا البثرة الخبيثة والجحرة
 بالجمجمة وسم الافاعي وغير ذلك اذا حصل منها التهاب شديد * ومعالجة الجراح
 للغنغرينا تكون اما بتداركها قبل حصولها او بابقائها ثلاثا تريد ويستعمل
 في الاول ما ينقص شدة الالتهاب وفي الثاني ما يقاوم الاسباب الموضعية والعامية
 المهيثة على وقوع العضو في الغنغرينا وفي الثالث المساعدي والجحرة ينشق كل منهما
 شقا واسعا ثم يوقفه عن الغنغرينا وفي الجحرة بالجليم والبثرة الخبيثة اللذان
 كلاهما ورم التهابي صلب شرق ذولون اسمر في وسطه نقاط مملئة من مصل
 ابيض يميل للصفرة ويعقبه سر يعا خشك ريشة ومادية اللون او سودا متسعة
 الدائرة وتؤول الى امور رديئة خطيرة جدا يستعمل لهما السكي بالمحاور في وسط
 الورم لانه يذهب السبب المهيج ولا يحدث التهاب اخر اسلم من الاول واذا كان
 الشخص مصابا بالاسكوربوت واستعمل اغذية رديئة كالجواردار وهو نوع رديئ
 من الخنطة فينبغي ان تعطى الجهة المتهبة بالوضعيات التي تستدعيها شدة
 الاعراض ويستعمل المريض اغذية جيدة وينعاطى ادوية مناسبة فان كان
 البدن ضعيفا وانجس صغيرا يلبس الوجه اصفر مزولا ولم يكن هنالك التهاب
 معدى معوي وجب ان يعطى الادوية المقوية من الداخل حتى تستدفيه
 فذلك الخيرة فان كان بخلاف ذلك فلا تناسب هذه المعالجات وبالجملة في
 حتمت الغنغرينا حاصلة من افراط الالتهاب الحاد فينبغي ابقاؤها بالادوية
 المسهلة لالتهاب الموضعية والعامية الى اخر برهة من انتمائها فاذا سرت في العضو
 وماتت ما ورت دائرة التهابية جراثيم تفصل بين الجزء الحي والجزء الغنغريني فيسقط
 الجزء الغنغريني ويترشح قرحة وردية اللون تؤول للالتهام واذا كانت الغنغرينا

معالجة هذه ال
 بمقاومة اس

خفيفة فالجراح ان يتركها على حالها ويترك امرها الى الطبيعة غير انه يعاونها بالاعادة
الجيدة وبتعهد الموضع بالتغيير عليه ويمنع الجزء الحى عن شرب المواد العظيمة
بالتشريب لانه يسهل استفراغ الاخلاط ويرش على شغل التشريب والى الماترح
المسحوقات المماصة كسحق القمح او مسحوقات عطرية كتنعيم البوط والكنك
ويغسل المثل القريب من الجزء المتغنى بالعرق اسكاهورى فانه يقوى اقوى
الدافعة للمواد الرديئة ثم تقطع الشعاع الغضريانية من المثل بالمقص او ترابا لينة
الى قرب الانسجة الحية واذا امتدت الغضرية شاحت تحت العضو كله وهذا هو
السفانلون وجبت عملية القطع من فوق شغل الغضرية ساولا لعمل الاية ظهور
الدائرة الحمراء التى تفصل بين الاجزاء الحية والميتة

الباب الرابع فى الجروح وما يلزم لشفاؤها من العمليات

قد فرق المعلومون بين الجروح والقروح فقالوا ان الجروح هى تفرق الاتصال
الحاصل من تأثير الاجسام البادية الطبيعية او الحياوية وتسمى
غالباً سادة تقطع مدتها بسرعة وتؤول بطبيعتها الى الشفاء والقروح بخلافها
فهى التى تنشأ عن اسباب باطنة وتكون مزمنة تقطع مدتها من وتؤول
بطبيعتها الى الخبيث اولا اقل من ان تستمر باقية وثمة فى النسيجة يبد
ان هذا الاختلاف ليس له فائدة مهمة فى العملية لان الجراح اذا فرم الى انسان
فيه جرح واراد معالجته لا يلتفت الى الهيئة تفرق الاتصال ومما يلزم بالمشاهدة
الموضعية او العامة او بالعملية فمن لاعتبر هذا الفرق بل اعتبر عنسدا تفرق
الاتصال المتسبب عن اسباب متنوعة

جروح دلاية

واسباب الجروح ثلاثة الاول تأثير الافعال الخارجية كالتضربات والاشطحات
والمزق والوخز وضرب السلاح القاطع والث فى تأثيرات واهراحية فى نسيجة
البدن كالبو تاسد الكاوية والحوامض الحارقة ونحو ذلك واشتات لتهابات
القروحية كظهور التهاب ينشأ عنه تقرح فى النسيجة التى يحصل فيها ذمة
الالتهاب فى السبب الاول يحصل التفرق فى الخلل فى سبب ثانى فيشعر

الابعد سقوط الجزء الذي ازالته تلك الجواهر نظام تركيبه وفي السبب الثالث يحصل التفرق ويؤول الى الاتساع والبروح الحاصلة من الافعال البادية تكون من تأثير الالات القاطعة والواخزة والراضة ومن الشد العنيف في اعضاء البدن فلذا انقسمت الجروح الى ونزعية وقطعية ورضية ومنزقية او كسرية وتفرق الاتصال في اكثر احواله يكون ظاهرا وهو الذي يتفصل فيه الجلد مع انفصال الانسجة التي تحته وفي بعض الاحوال يكون بخلاف ذلك اي خفيا وهو الذي يبقى فيه الجلد سليما ويحصل تفرق الاتصال فيما تحته فقط كما في الرض وهتك العضلات والاورتار وتفرق الاتصال في الانسجة قد يكون بسيطا وقد يزيل جزء من جواهرها بالسبب الذي حصل منه التفرق وهذا هو الذي اخرج المعلمين الى تقسيم الجروح الى جروح بسيطة وجروح مع زوال جواهر ثم ان انواع الجروح احد عشر

الاول الجروح الوخزية

وهي التي تحدث من الالات الواخزة كالسهام والرماح والابر والمسامير ونحو ذلك والوخز البسيط قد تحدث عنه عوارض خطيرة كما اذا حصل شخ في العصب او تمزيق في انسجة غيره من اجزاء البدن او خروج سيال من اوعيته واحتقانه في المحل ومعالجة هذه الجروح اذا لم يعجبها الم شديد دال على آفة في العصب ولا ورم دموي دال على جرح وعاء كبير ان يوضع عليها الزقة من الداخلين ومن فوقها رفاثد مغموسة في محلول الملح الرصاصي وراح العضو المصاب وهذا كاف في شفاؤه غالباً فان كانت غائرة في البدن ويخشى منها ظهور التهاب فينبغي لها الاستقرات الدموية الموضعية والعامة والوضعيات المليئة والحمية والمشروبات الملوقة وغير ذلك فان كانت في عضو محيط به وتر عرض وكان مع التهاب اختناق وجبت عملية اطلاق الاختناق لكن من حيث ان ذلك نادر جدا ينبغي الاكتفاء بالمعالجة العامة والاولا يلتفت الى هذه العملية العظيمة المؤلمة الا اذا حدثت اعراض النهائية تصير تلك العملية اضطرارية

الثاني الجروح القطعية

وهي الحاصلة في الاعضاء بواسطة الآلات القاطعة على اى اتجاه كانت وهذه
 اول ما يشاهد فيها تباعد شفتي الجرح وذلك لان الانسجة اذا انقطعت تقبل
 بطبعها الانكماش والاجود في معالجتها ان يستأصل منها الجسم الغريب ان كان
 ثم تربط الاوعية وتنظف سطح الجرح وتضم شفقاء ثم توضع الجهة المصابة
 على هيئة تكون شفقا الجرح فيها قريبين الى الالتئام ومعلوم ان الانسجة
 المتفرقة تكون مسترخية فينبغي ازالة العضو المجروح الى الجهة التي فيها الجرح
 فاذا كان الجرح بالعرض في الجهة المقدمة من الفخذ مثلامد الساق والفخذ
 ورفعها الى جهة الحوض وعكس هذه الهيئة ينفع اذا كان الجرح شاغلا للسطح
 الخلفي من الفخذ وبالجملة فالذي ينبغي دائما تقرب طرفي العضلة المقطوعة
 بالعرض ليتأني الاسترخاء فانه ان لم ينضم فلا اقل من ان يحصل استرخاء يعين على
 الالتئام واذا كان الجرح بالطول فينبغي ان يكون العضو على هيئة تكون فيها
 زوايا الجرح متباعدة قليلا حتى يسير جوفها الى بعضها كالجروح الطويلة في مقدم
 الفخذ فانه ينبغي فيها ان يثنى الساق على الفخذ من الخلف من غير شد زائد لئلا يسهل
 التقريب والجروح التي بالوارب تعالج كالعريضة * ثم ان هيئة الوضع لا تدرك في
 وحدها في ضم شفتي الجرح مع بعضها ما بل لا بد من وسائط اخرى اجودها
 الرباط الضام وهو في الجروح المستعرضة ان تجهز رقادة ثان طولها بطول العضو
 وعرضها بطول الجرح تقسم احدها من احد طرفيها الى نصفها اشرطة بعدد
 ما فيها من القرايط وتشق الاخرى من وسطها شقوقا بعدد ما في الاولى من
 الاشرطة لتكون لها كالعري ولقافتان اسطوانيتان وكيفية وضع الرباط
 الضام ان يسط الجراح الرقادة ذات العري اسفل الجرح ويجعل الطرف الذي
 فيه العري جهة الجرح والطرف الثاني يلف عليه باللقافة لئلا مستديرا وينتهي
 في كل افة جزءا من طرف الرقادة حتى ينتهي هذا الطرف فيصعد باللف لئلا حازونيا
 الى قرب الجرح فيسلك المساعدا اسطوانة اللقافة ويضع الرقادة ذات الاشرطة

ط الضام للجروح
 المستعرضة

على اعلى الجرح جاعلا شريطها جهة الجرح ويفعل في طرفها الثاني ما فعله بطرف
 الرفادة الاولى حتى يقرب من الجرح فيعطى اسطوانة اللقافة للمساعدة ثم ينقذ
 الجرح الاشرطة في العري ويشد اطراف كل من الاشرطة والعري شدا متضايفا
 بان يكون الشد في كل الى خلاف جهة امتدادها حتى تنضم شفتي الجرح ثم يلف
 بقية اللقافة العليا القاسح لزونيا نازلا به على الرفادة العليا وبقيّة السفلى يثبت
 بها طرف الرفادة السفلى فيصير العضو كله مغلفا بغطاء محكم وهذا الربط كما ينفع
 في ضم شفتي الجرح الى بعضه ما ينفع في حفظ العضلات عن الانقباض بسبب
 الكبس عليها باللف وينبغي في هذا الربط ليكون جيدا ان يكون الشد فيه على
 نسق واحد في جميع الجهات وان لا يحصل منه تالم وينبغي لاجل ان يمنع الاحتقان
 الذي تحصل منه الا وذيما في الجهة السفلى من العضو ان تلف اللقافة لفا درجيا
 ليس بالشد يد ولا بالرغو يتدلى به من الاصابع الى اسفل الرباط الضام سواء كان
 ذلك في اليد او في الرجل * واما ربط الجرح المستطيل بالرباط الضام فبان
 تؤخذ قطعة من قماش عرضها اوسع من طرف الجرح بقليل وطولها يكفي لان
 يلف على العضو الجروح ثلاث لغات او اربعا وتلف لفا اسطوانيا ويقسم طرفها
 الخارج الى اشرطة طول كل واحد منها من ستة قراريط الى اثني عشر قراريطا
 ثم يشق من الجهة العليا بعد الاشرطة بمسافة صغيرة او كبيرة على حسب العضو
 شقوقا بالطول على موازاة الاشرطة لتكون لها كالعري وكيفية الربط ان يوضع
 في طول الجرح من الجانبين رفادتان درجيتان بحيثان بعيدتان عن بعضهما
 ببعض قراريط ويمسكهما المساعدان اللذان يقربان شفتي الجرح ثم يوضع من
 اللقافة المسافة التي بين الاشرطة والعري اسفل الرفادتين في الجهة المقابلة
 للجرح وعندما تصل الاشرطة الى امام الجرح تنفذ في العري ثم يشد كل من
 اطراف الاشرطة والاسطوانة شدا متضايفا فيحصل بذلك انضمام شفتي الجرح
 انضماما تاما ثم يلف على الجهاز كله من بقية اللقافة ثلاث لغات او اربعا حلقيه
 لتعيده الوثوق اللازم له * واما ضم شفتي الجرح بالعصابات الزجة فلا ينفع
 الا في الجروح السطحية والتي حوافها رقيقة وتستعمل في جروح الوجه لكون

الرباط الضام
 الطولية

العصابات

خيطة الجروح

انقباض عضلاته ضعيفا وفي المحال التي لا يتأتى فيها الربط الضام وهذه العصابات
تؤخذ من جواهر من طبيعتها ان تلتصق بالجلد التصاقا محكما وتند على خرق من
كتان او حرير منسوجة نسجا منسوجا وتجعل اشرطة طويلة وقصيرة واسعة
او ضيقة على حسب عسر انضمام الجرح وسهولته وقبل وضعها تسخن قليلا
ثم يلصق اول نصفها على احد جانبي الجرح ويحفظ ما يقرب الجرح بالاصابع الاربع
من اليد اليسرى وتقرب الشفة المقابلة بالابهام حتى تماس الشفة الثانية
فيوضع حالانصفها الثاني وعلى حسب طول الجرح تكون كثرة العصابات
وقلتها ولتكن كلها على هيئة واحدة وينبغي ان يترتب بين العصابات فرجا تسيل
منها المادة وكثرة العصابات على الجرح نافعة في ان بعضها يتوب عن ما زال
منها عن محله في ابقاء انضمام شفتي الجرح * واما خيطة الجروح فكانت القدا
تستعملها كثيرا والمحدثون من الجراحين تركوها الا في بعض جروح مخصوصة
بجروح الخد والشفة والجري المعوي وكبد ران البطن وغير ذلك وتستعمل ايضا
في جروح البدن من اى جهة كانت اذا المراد منها تثبيت حواف الجرح القابلة
للزوغان عن مجملها ويختار انساعها وانيطة المناسبة هنا هي الخيطة المتفرقة
وتكون يا برهلالية وفيها تفرطح وشها محدد الجوانب والطرف المقابل للسن
منقوب لينفذ فيه خيط مشمع وتمسك فيما بين الابهام والسبابة والوسطى فالابهام
في مقعرها والسبابة والوسطى على محديها وتدخل من الخارج الى الداخل
في احدى شفتي الجرح وتخرج منها ثم تنفذ في الشفة الثانية من الداخل الى الخارج
ومحل دخول الابرة يكون متباعد عن الحافة على حسب غور الجرح وبعد شفثيه
عن بعضهما وبعد كل جملة من الغرز يقرب المساعد حواف الجرح ويعد ر الجراح
الخيط عقدة وشنيطة ويحرص على كون الخيط املس وليحذر عن شدة انضمام
شفتي الجرح لان الانتفاخ الذي لا بد منه ربما زاحم الخيط فيحدث الم شديد وربما
تفتت الخيطة فيكفي ملاسة الطرفين قليلا وينبغي ان يضاف للخيطة الرباط
الضام ليمنع تأثير الخيط في الجلد وان يوضع العضو وضعه لا يقاو في نحو اليوم الثامن
او العاشر اذا تم انضمام الجرح تقطع الخيوط من قرب مغرزها في الجلد بمقص

او بشرط بواسطة الموصل وتخرج مع الاحتراس على الجلد ما يمكن بضغط شفق
الجرح اياما بالعصايات الازمية قبل اخراج الخيط وليتنبه الجراح لعوارض
الخياطة فاذا حصل ورم عظيم توترت منه الخيوط قطعت والاجزاء المنفصلة من
الاعضاء ولو اتسعت موهما اتسعت وكانت معلقة بقطعة صغيرة فيبقى ان ترد الى
محلها بل زعم بعضهم ان بعض اجزاء من البدن ككالانف والاذن واطراف
الاصابع اذا انفصلت بالكافية يمكن التصاقها وعندنا شك في ذلك لان الحافتين
المراد التصاقهما لا بد وان تكون فيهما حياة بها يمكن التماسهما حتى يلتصقا والجزء
المنفصل ميت بسبب الانفصال التام فلا يمكن فيه الالتئام ومع ذلك فلا بأس
بتجربته اذ لا يخشى منه ضرر بشرط ان يزال الجزء المنفصل بعد اليوم الثالث
اذ برد او اسود لونه لانه بذلك يظهر فساد * واعلم انه اذا تلامس شئ متاخر
طرى حصل فيهما التهاب وعلاهما غشاء كاذب شبيه بالذي تراه على الاغشية
المصلية ثم يصير نسيجا خلويا مند مجا يقرب من الغشاء اللين وهذا هو الذي يكون
به الالتئام فينبغي للجراح ان يثبت الالتئام في الجروح بالمقدار المناسب اذ لا بد له
منه لانه ان اشتد لا يوجب الالتئام بل ينتهي بالتقيح وذلك يمنع الالتئام ونحو
حدوث ذلك يؤمر المريض بالراحة والحمية وبشرب المشروبات المليئة وان كان فيه
امتلاء فصد بحسب الحاجة فان حدث بعد ذلك ورم التهابي فليوضع العلق على
حواف الجرح وبه يسكن هذا التقيح فان لم تنفع هذه الاشياء وذلك نادر فليترك
الجرح وطبيعته لينضم من ذاته وينبغي تجربة الانضمام وان علمت استحالة
فتقرب حافتا الجرح لتختصر المعالجة فان تمت والاعوج بغير ذلك وقد لا ينبغي
تجربته كما اذا شك في وجود جسم غريب في الجرح فيعالج بغير الانضمام

الثالث الجروح التي معها زوال جوهر او الغير المنضمة

فاذا تهيئ سطح جرح طرى من تعرضه للهواء ومن وضع بعض الاجسام المستعملة
في المعالجة ظهر فيه التهاب رائد وحصل في حواف الجرح تألم وانتفاخ وفي الاوعية
والانسجة توارد دم تحتقن منه فيصير السطح احمر جافا واسمر ويحدث الم شديد

كيفية انضمام
بدون واسطة

الثالث الجروح
معها زوال جو

وفي اليوم الثاني تشتد هذه الاعراض وتصحى بها حتى تكون شدتها على حسب
سعة موضع الالتهاب وحدته وهذه الحمى تسمى بالحمى الجراحية ولا تمسك
في الغالب أكثر من أربع وعشرين ساعة ثم تأخذ هذه الاعراض في التناقص
ويسيل من الجرح مصل مدعم يتخذ في الجرح الذي يكون على الجرح وهذا
المصل يتجمد شيئاً فشيئاً حتى يصير قيحاً وانسجة الجرح في هذا الوقت تفقد صفاتها
الاصلية فتتغير ليفية العضلات وتمتص هلامية الاوتار والغضاريف وتحوها
وتتمحق تلك الصفة ثم يتولد على سطح الجرح حبات جراء مصهبا خلوية وعائية
مخروطية الشكل تسمى ازارا الحمى يسيل منها اولاً صديد مدعم ثم يصير اصفر ثخيناً
ثم تجف هذه الحبات وتغور دوائرها في الجلد فيضيق الجرح شيئاً فشيئاً ويتكون
من ذلك نسيج الالتحام ثم يعلو سطحه كله جلدة رقيقة جراء تستر الالتحام الحاصل
تحتها وهذه الاحوال تتعاقب بسرعة في الاجزاء الخلوية والحمية وتتراخي
في الاوتار والغضاريف والعظام التي هي ككثيرا ما تقع اجزاؤها المتعربة عن
السمحاق في الغنغرينا وتسقط بسقوط الخشكر يشة فقد علمت من هذا
ان تكون الالتحام بسبقه دائماً انخفاض حواف الجرح وامتدادها نحو مركزه
وهذا هو الذي اخرج المعلمين لان يعتقدوا مدة طويلة ان اللحم والجلد يتجددان
فهذه هي الاحوال التي تحصل في ادوار الجروح التي زال معها بعض الاجزاء
ومن حيث ان الالتهاب هو الرئيس من هذه الاعراض فالذي يطلب من الجراح
تسكين شدة الالتهاب لتقل مدة المرض ويستعمل المعالجات اللطيفة البسيطة
التي تكون بالنسالة الرفيعة النظيفة وليكن الربط معتدلاً لئلا يصير الانتفاخ
الذي لا بد من حصوله محبوساً عن الامتداد وليكن التغيير على الجرح متراخياً
لا كثير التكرار حذر من زيادة التهيج وينبغي في كل الجروح حفظ جوانبها
بالعصابات اللزجة ليتسدد ذلك التمزق المتسبب عن التصاق النسالة بالحواف
وإذا اشتد الالتهاب وجب تخفيفه بالمليينات والحمية وكل ما ينفع في الالتهاب وهذه
المعالجات العامة مع معالجة الجروح المعتادة يحصل منها في الغالب نجاح
في شفائها في زمن قليل ولو كانت واسعة مهما كانت

موانع الالتصام -

الاول الالتصام

الثاني تهيج الا

الثالث الانتفا

الرابع التزيف

الخامس الاندمال

السادس رقة حوافي الج

السابع نمو الاضرار بسر

ولمنع التصام الجروح اسباب كثيرة منها الالتصام الذي يكون في اسطحة الجروح
 اذا دام واشتد حتى افسد الجهة التي هو فيها او غير طبيعتها * ومنها تهيج
 الاحشاء سيما آلات الهضم فانها تؤثر في الجروح على سبيل السيماتياتا تأثيرا دينا
 وعلى الجراح ان يتنبه لذلك اذ كثيرا ما يحصل بتسكين تهيج معدي خفيف
 نفع زائد في نجاح الجرح والتصام * ومنها الانتقال فقد يزول الالتصام الذي
 يكون في الجرح وينتقل سر يعايشة للثة والبليورا او غيرهما ويقال لذلك
 انتقال الالتصام فيحتاج الى مقاومة الالتصام الحاد بالقصد العام والموضعي
 وفي وقت مقاومة ذلك الالتصام يغطي سطح الجرح بجواهر مهيبة لتجذب اليه
 الالتصام الذي كان فيه وانتقل الى غيره ويسمى ذلك تصرف الالتصام واغلب
 ما يستعمل فيه لينة * نقطة يغطي بها سطح الجلد وهذا الانتقال يتسبب غالبا
 عن عدم تدبير المأكولات وعن تأثير البرد في الجرح المكشوف بمجازفة وعن
 الغضب والغم ونحو ذلك * ومنها التزيف الشعري فقد يتسبب عن تهيج الجرح
 وشيخ دموى من الاوعية الشعرية ومن الاضرار الجمية وذلك يحصل في الغالب
 من القسوة في المعالجة فيحصل تهيج في الجرح ويداوى بالجواهر الملية وبمعالجة
 الجروح على الترتيب المألوف وقد يصدر هذا الرشح في بعض الاشخاص عن استعداد
 خاص يؤول للتزيف فينبغي تغيير التهيج الحاصل في الجرح باستعمال الجواهر
 القابضة فان استمر التزيف مع ذلك فلتوضع الجواهر الكارية على سطح الجرح
 * ومنها اندمال او بلس حوافي الجرح وينشأ من التهاب من من فان كان جديدا
 كفي في تحليله الضمادات الملية وان طال مدة ولم تؤثر فيه هذه المعالجة تأثرا
 نافعا ضغط على حوافي الجرح بالعصايات اللزجة او قطعت بالالات القاطعة
 (ومنها رقة حوافي الجرح فاذا استمر تقح الجرح مدة طويلة كانت الجلدة الدائرة عليه
 رقيقة وضعفت فيها القوة الحيوية ولم تنضم على ما تحتها فلا يتم الالتصام وينتقل
 الجرح حينئذ الى حالة منمنة فينبغي عصب حوافيه بالعصايات اللزجة فان لم
 ينفع اضيف اليها حقن المحل بالمهيجات فان لم ينفع وجب قطعها بالمقص المنحني على
 جانبها والمشرط * ومنها نمو الاضرار الجمية من يعاقل على سطح الجلد وتستمر على

الثامن الغنغرينا
المارستانية

حالتها لتسهيل الى الالتحام فينبغي لمنع ذلك شدايلها زشدا معتدلا لتفهم
تحت الرباط فان لم يكف ذلك ذرع عليها مسحوق الشب المحروق واحسن من ذلك
ان تكوى بالجرجر الجهنمي بان يمس به برق سطح الاضرار المذكورة فتولد منه
خشك ريشة رقيقة رمادية اللون تنفصل بعد اربع وعشرين ساعة ويكرر الكي
بحسب الحاجة * ومنها الغنغرينا المارستانية وهي من العوارض الخطيرة
جدا في الجروح وتحصل غالباً في الزمن البارد الرطب للجرحي المتراكمين بكثرة
في القاعات الارضية الرطبة التي يقل فيها توج الهواء وتحصل ايضا من المعالجة
بالاشياء الغير النظيفة وبالجواهر القديمة المخزونة مدة طويلة وتحصل ايضا على
سبيل العدوى من الآلات المستعملة في الجروح المصابة بالغنغرينا واذا عرضت
في جرح حصل فيه ألم شديد والتهبت حوافه وانتفخت وتقرحت وصار صديده
لزجا يخالطه ندف زلالية كميض البيض وتكون الاضرار العميقة فيه رمادية
للون ثم تذيب والنسيج الخلوي والجلد المجاوران له يقعان سريعا في الغنغرينا
والجرح يتسع عرضا وعمقا والعضلات والغدد والاوعية الليفية وشحمها
تسجل على التعاقب الى الغنغرينا ويحصل على سبيل السبب الثاني للتهبت معدى
معوى شديد جدا وتنقص قوة المريض وكثيرا ما يموت ويكنى في العدوى منها
وانتشارها تصاعدا بنخرتها او ملامسة الجواهر المتشربة من صديد الجروح
المصابة بها وتدارك هذا الالتهاب المرهب قبل حصوله بتباعد الاسباب المذكورة
ومقاومته بعد حصوله فينظر لحال المصاب به فان كان التهاب الجرح شديدا
ومولما جدا والحمى في غاية الشدة عولج بالقصد الموضعي وبالمليينات وان لم ينفع عولج
الجرح بالكينيكينا او بمسحوق القغم او الكلور او الكي بالمحاور والحماة ويؤمر
للمريض من الداخل بالمشروبات المليئة وبالحمية الشديدة ان كان هنالك التهاب
معدى معوى شديد فان كانت الاعراض خفيفة كان تدبير المريض بحسبها لكن
يستعمل فيه ما كان جيدا من الجواهر وينبغي ان يستعمل فيها ما يرشد اليه علم
قانون الصحة وهو تباعد الجرحي عن بعضهم ووضعهم في اماكن جيدة الهواء
نظيفة مجففة بالكلور وذلك يكتفي في ازالة هذا الداء وعدم انتشاره وامتداده

* ومنها الاستحالة السرطانية فان بعض الجروح قد ياتى ويتسع ويستحيل
 الى السرطانية وينشأ ذلك عن التبرج الناشئ عن المعالجة الخسنة للجروح وعن
 تكرار وضع الجواهر المنبهة واغلب ما يصاب بذلك الوجه والشفة وما كثرت فيه
 الاعصاب والاعية وقد يكون السبب خفيفا كثيرة صغيرة يعيث بها صاحبها
 فتتبرج وينشأ منها جرح سرطاني متسع جدا وسرطانية الجروح تشبه المغنغرينا
 المارسة ثانية وتبتدى بتزايد الحس الموضعي واشتداد الالتهاب في سطح الجرح
 وحوافه ثم ترتفع الجروح وتحممر وتتصلب وتؤل ويذوب اللحم الملتصق ويتسع
 الجرح شيئا فشيئا ويحس فيه بالام حادناخس وتتصلب الأنسجة المصابة وتكتسب
 هيئة شحمية وتكون الى نسيج ذي طبيعة واحدة ويكفى لمنع هذا الداء عن
 الجروح ان تعالج بمعالجة لطيفة وتغلى بجواهر ملينة فان تركت المعالجة حتى
 ظهر السرطان عوج يلج بوضع المليئات والقصد الموضعي وما يقاوم به الالتهاب حتى
 يرجع الجرح الى حالته الاصلية الطبيعية فان لم ينفع ذلك ا ولم يكف فينبغي قطع
 الأنسجة المصابة او كياها بالحديد المحمي او بالجواهر الكاوية مرة او اكثر
 حتى تسكين على خشكريشة واجود الجواهر الكاوية المستعملة فيما ذكر المرهم
 الرهجي الذي اخترعه الحكيم روسلو وهو من كبر من مائة جزء سبعين من
 الزنجفر واثنين وعشرين من دم الاثوين وثمانية من الرهج الابيض سحق كل
 على انفراد ثم تجمع وتحل بقليل من الماء حتى تهرهم ويصير قوامها كالعين اللين
 ثم يمد منه على الجرح طبقة رقيقة جدا ~~سما~~ نصف خط من قيراط
 وتثبت برباط لابق فتدبس على الجرح وتصبح كقشرة صلبة تسقط من اليوم
 العاشر الى العشرين فيرى تحتها تفرق الاتصال جيد الصفات وينبغي الاحتراس
 الزائد في استعمال هذا الدواء خصوصا في الجروح ذوات السطح الكبير فقد شوهد
 ان الرهج تشربه الجرح وحدثت عنه اعراض شبيهة في البدن وربما حدث عنه
 الموت ومعالجة الجروح بعد سقوط الخشكريشة الناشئة عن هذا الكاوي تحتاج
 الى الاحتراس الكلي عن كل ما يحدث الالتهاب لتلاي رجع المرض فان العوارض
 الخطرة انما تحصل من تزايد شدة الالتهاب بل اذا لم تزد شدة ولم تحصل منه

العاشر ضعف الجروح

عوارض خطيرة فلا قل من ان يمنع التهام الجرح ويضعف تأمله الشفاء * ومنها
ضعف الجروح وقد علمت فيما سبق قريبا ان الجرح لا بد له من شيء يكون منه
النسيج الحادث الذي يكون به الالتصام والجروح الخالية من هذا الشيء تكون
مصغرة قليلة الحس باردة الملمس تضعف فيها افعال القوة الحيوية وانحساب
الامرجة اللينقاوية الضعاف المصابون بداء الخنازير تظهر فيهم هذه الجروح
كثيرا فينبغي لهم استعمال الوستط العقيمة والدوائية المقوية لبنيتهم وبها الجرح
يجواهر منبهة ومقوية كطبوخ الكينكينا والنيذوروج لتبيد وتكون المعالجة
ايضا بالقطن او الصوف فانهما منبهان للجروح * ومنها الدوالي وهي اتساع
العروق واكثر وجودها في الساق فيمنع التهام الجروح وجود الدوالي في الاوردة
المجاورة لها وعلاج ذلك ان يؤمر المريض بوضع العضو المنساب وضعافا قريبا
وان يضغط على الاوعية المتسعة بالرباط ويغسل الجرح بالاشياء القابضة وذلك
كاف في الالتصام او تأهل الجرح للشفاء

الحادي عشر الدوالي

الرابع الجروح الرضية

وهي المضمومة بهرس وتمزق والتلف تركيب في الاسجة التي تتكون منها اسطحها
وهذه لا تنضم سريعا فينبغي ان تنتظر حتى تلتصق جدرانها بعد ان يزول تقيحها
الاوعية والانسجة التي انهرت حين الرض والجروح الحاصلة من الاسلحة
النارية التي هي في اعلى درجات الرض يتكون في بعض اجزاء منها خشك ريشة
صادقة ممتدة على جميع تفرق الاتصال ولا تفصل الا بعد مدة من الزمن
فاذا كانت الاسباب التي نشأت عنها هذه الجروح شديدة كان في الاجزاء المرضونة
التهاب شديد زائد عما يحصل في الجروح البسيطة الحاصلة من الالات المتسطة
ولذا تحتاج الى مداواة مخصوصة وذلك انه بعد اخراج الاجسام الغريبة من
الجرح ينبغي تقريب حوافه بقدر الامكان وبالعلاج سطحيه بجواهر ملطفة ووضع
العضو على استرخائه ويغطي بخرقه مغموسة في سسبال ملين او مخدر كطبوخ
الخبازي او رؤس الخشخاش او ماء الخطمية مع بعض قححات من الافيون مخلولة

فيه ويل الجرح بها من غير فتور فبذلك يزول الالتهاب فان لم يزل عولج بالقصد
الموضعي ايضا فاذا حصل التقيح امكن التهام الجبهات القابلة له وحيث ثذف الا زرار
الجمعية يرى تلاصق بعضها ببعض فتلتصق الحواف ويقرّب زمن الشفاء

الخامس جروح الاسلحة النارية

الخامس
الاسلحة

وهي في اعلى درجات الرض لانها ناشئة عن تأثير الاجسام المنقذفة بواسطة
البارود ولذا كانت مخالفة لبقية انواع الجروح في ان مساحتها تكون بخشك ريشة
مسيرة اللون جافة والجبهات المجاورة لها كدمية اللون من احتباس الدم فيها
تحت الجلد ثم ان الاجسام الخارجية من تلك الاسلحة يختلف حجمها فمنها صغير
كرماس البندق والطبختات ونردة الحديد والرصاص والنحاس التي توضع
في المدافع ومنها كبير ككل المدافع وقطع البنية لمتزقة وعلى حسب اختلافها
تختلف جروحها فتارة يكون الرض كثيرا او قليلا اذا لامست الجسم عند انتهاء
سيرها وتارة يكون معه جرح قليل الاتساع او كثيره على حسب جرم الجسم
المصيب وسبب المدفع اذا اصابت الوسط من البدن في ابتداء سيرها واثنائه
حصل منها موت سريع فان اصابت عضوا وهو على الاستقامة انفصل بالكلية
في الحال عن الجسم وحصل من ذلك جرح متسع وتمزق شديد ورض مفرط وانواع
الجروح الحاصلة من هذه الاسلحة يختلف شكلها فتارة يكون لها فتحة واحدة
وتارة فتحتان ويختلف تباعدهما وتقابلهما قلة وكثرة ويختلف سير الجسم
الخارج من الاسلحة وتفوقه في اعضاء البدن من انحراف خط سيره ومن المقاومة
التي يكابدها من العضلات والاورتار والاورتار العريضة والعظام التي تصيبها *
والرصاص اذا لاقب عظما فتنته او تفرطحت اذا كانت قوتها اضعف من صلابة
العظم المصاب وقد تتغير طريقة سيرها في الجسم فتخرج من جهة بعيدة عن محل
دخولها وقد تختفي في اللحم وقد تكسر العظم وتخرج او تبقى مختفية في جوفه
او بين عظمين كعظمي الساعد وعظمي الساق وعظام المشط ونحو ذلك وقد
تفقد الرصاص من العظم ولا تكسره وذلك يكون في العظام المفرطحة والهشة *

وسعة جروح الاسلحة النارية تكون على حسب الاجسام الناشئة هي منها
 ومحل دخولها في الجسم اضيق وانخفض واكثر رضاً من محل خروجها وذلك لان
 الانسجة في حال دخول الاجسام فيها شدة قوة بها تقاومها اكثر منها في حال
 خروجها ثم ان جروح هذه الاسلحة وان كانت كلها خطيرة الا ان منها ما يحصل منه
 عوارض مهلكة اما حال الجرح او بعده يدق ايق قليلة ومنها ما لا يحصل منه ذلك
 * واعلم ان المتقدمين كانوا تمسكين بثلاثة امور تخص جروح الاسلحة النارية وهم
 مخططون فيها الاول كانوا يظنون ان الميت في ميدان الحرب وليس في بدنه اثر افة
 ظاهرة يكون سبب موته اما ان جلة المدفع مرت بقرب منه فنفعت التنفس فمات
 وان الهواء المتحرك حركة شديدة من شدة هروا الجلة صار الجسم راض اذا اصاب
 جسم شخص مات من ذلك والثاني ان اسوداد الحشكر يشته في جروح هذه
 الاسلحة حاصل اما من حرارة التهاب الجلل بواسطة البارود واما من حرارة الهواء
 للصادم لها والثالث ان الاجسام الجارحة فيها جزء يسمى يحدث عنه الموت
 او اعراض خطيرة والعارفون بعلم الطبيعة المتأملون فيها تفقروا هذه الغلطات وقالوا
 ان الاول يحصل اما من رضة شديدة لم يظهر لها اثر في البدن اصلاً وليس اضطراب
 قوى في الاعضاء الباطنة وان الثاني يحصل من تأثير الهواء في الانسجة عقب
 جرح الاجسام النارية لها سر يعاوازال التهابا حيويتهما والثالث يحصل من هيئة
 الاجسام الجارحة وطبيعة الاعضاء المصابة او من استعداد خبيث كان
 في المصاب ثم ان تأثير الاسلحة النارية ليس متصورا على الجرح فقط بل قد يحدث
 عنه اتلاف فيما يجاور العضو المصاب او في الجسم ككله وهذا الاتلاف ليس
 من الجرح بل من شدة حركة تلك الاجسام ومقاومة الانسجة لها عند المصادمة
 او من كثرة الحس فيها او من وظائف الاعضاء المصابة واعلم ان قوة الجسم
 المدفوع بالبارود من نحو مدفع تسكون على حسب جرمه وسرعته وبقدر
 ما في المحل المصاب من المقاومة يكون تأثير الاجسام النارية فيه شدة وضعفا
 فالعظام والغضاريف والاورتار والرباطات والاورتار العريضة في مقاومتها
 للاجسام النارية اكثر من بقية الاعضاء ولذا يحصل لها من ذلك اضطراب شديد

واختلال انتظام في التركيب وخطر الجرح يكون على حسب أهمية الاعضاء المصابة للحياة فافاة العضل اقل خطرا من آفة العصب والاعمية واشد الافات خطر ارض الاعضاء المهمة المنحصرة في الصباويغ الثلاثة العظيمة فانه يمتشي عليها اتلاف بايتما غير ان خطرهما يختلف بحسب اتساع الجرح والاعراض المنحوبة به

عوارض جروح الا
النارية

الاضطراب

الخدر

وجود الاجسام الغر

والعوارض التي تزيد في احوال جروح الاسلحة النارية تختلف اوقات حصولها فاما يحصل وقت الجرح وهو الاضطراب والخدر وحصول الاجسام الغريبة فيه ومنهما ما يظهر بعد زمن قليل وهو الالم وتشنج العضل والالتهاب * فاما الاضطراب فهو حركة ارتجاجية سريعة تحصل وقت المصادمة وتسرى في العظام والاجزاء اللينة وينشأ عنها يردوا صفرا وعدم حس في الجهة المجروحة * واما الخدر فهو قلة الحس والحركة ويكون في العضو المصاب او في البدن كله بسبب مشاركة المخ والعصب فان الخدر الموضعي يظهر بعدم الحس والاصفرار الملبدة في الجهة المجروحة والعام يظهر بالغشى وذهاب لون الوجه واسترخاء البدن وتبخر من العين وصغر النبض وتزول هذه الاعراض شيئا فشيئا في نحو اربع وعشرين ساعة او ست وثلاثين اذا لم يصل الاضطراب الشديد الى باطن المخ وازالة هذه الاعراض تكون باسترداد حيوية الانسجة بالتدريج استعمال المقويات كالعرق المكوف وغيره ثم تستعمل الاشياء المطلقة * واما الاجسام الغريبة التي توجد في الجروح فعلى انواع فاما ما يكون حصل منه الجرح كالرصا من الخردة من الحديد وغيره ومنها ما يدخل مع ما ذكر كقطع من خرقة تكون ادخلت مع تلك الاجسام في الاسلحة او قطع من ملابس المجروح او زرارته او دراهم كانت في جيبه او غير ذلك ومنها ما هو من نفس العضو كقطع من عظامه او دم تجمد ومحل توهم وجود الجسم الغريب في الجرح اذا لم يكن له الافتحة واحدة وينبغي غاية التنبه لذلك فربما لم يكن فيه شيء فقد يكون قيص المجروح دخل مع الجسم الخارج في فتحة الجرح من غير ان يخرق ويدخل منه شيء الى اقصى الجرح وقد يكون خرج مع الجسم ولم يتنبه له الجراح وقد يخرج الجسم ايضا

من انقباض العضلات او من تغير المخرج الى حارة يمكن سقوط الجسم معها
 ووجود فتحتين للجرح لا ينبغي خلوه عن اجسام غريبة فربما دخل رصاصتان
 في الجسم من محل واحد وخرجت احدهما وبقيت الاخرى او واحدة دخل معها
 جسم غريب وخرجت بدونه واعلم ان التفتيش في المخرج على الاجسام الغريبة
 كقطع عظام مكسرة او قطع من الثياب او غير ذلك من الامور المهمة التي ينبغي
 تنبيه الجراح لها وامرأه في اخراجها وبقاء هذه الاجسام في الجرح ينشأ عنه
 سريعاً التهاب فيما حوله فان كان الالتهاب ضعيفاً تكون منه كيس خلوي ليفي
 ينحصر فيه الجسم الغريب وربما مكث سنين كثيرة في الجهة ويتغير او يزول شيئاً
 فشيئاً وان كان الالتهاب شديداً نشأ عنه افراز صديد وتكون خراج يكون سبباً
 لاجراج الجسم الغريب

ما يحصل من بقاء الاجسام
 الغريبة في البدن

روط عامة للاستخراج

ثم اذا اريد استخراج جسم من الجرح ينبغي اولاً التفتيش عليه وتحقيق موضعه
 ثم يدخل ملقاط طويل او قصير لا يفتح الا عند ملاصقة الجسم او ملققة على
 حسب الجرح تدخل في طوله الى ان يصل مقعرها تحت الجسم فيغرفه بها
 ويخرج او تستعمل الالة المخرجة للرصاص المسماة بالساحبة الحقيقية وهذه
 الالة تنفع كثيراً اذا كانت الرصاصة مخفية في جوف العظم او دسيسة به
 وقد يحتاج لتوسيع الشق ليسهل اخراج الجسم اوسيلان القهدير منه واذا كانت
 الرصاصة بارزة تحت الجلد او وصلت لمحل اخر بعيد عن محل دخولها وقريب من
 الجلد فالشق عليها من ذلك اولى من سلبها من محل دخولها ثم يعالج الجرح
 بالطفط طريق وينبغي ان يكون الجراح في جميع ذلك مستعداً لما يقاوم به شدة
 الالتهاب * واعلم ان الالم الحاصل من جروح الاسلحة النارية يكون ضعيفاً اذا كانت
 الرصاصة ملساً مستديرة ولم يحصل منها الاتفرق في اجزاء رخوة قليلة ويكون
 شديداً اذا كان الجسم الجراح غير متساو او ذاروايا كقطع البنية المنقبجة وقطع
 الخردة وكثيراً ما تحدث الحركات التشنجية من وجود جسم غريب يخس اللحم
 ويعالج ذلك باخراج الجسم ثم يسكن التهييج بما يناسبه * ومن العوارض التي تزيد
 في احوال جروح الاسلحة النارية التيتنوس اى التشنج الدائم وينشأ من تهيج

الالم

التيتنوس

عصبى يؤثر في العضلات الظاهرة ويختلف تسميته على حسب جهات الجسم
التي اصابتها فان كان تمخض الجسم الى جهة الامام سمي امبروتيتنوس اي تشنج
الى الامام وان كان الى جهة الخلف سمي اوبي تيتنوس اي تشنج الى الخلف
وان كان الى احد الجانبين سمي بليوروتيتنوس اي تشنج الجانب واذا انطبق الفك
على بعضهما انطبقا تشجيا سمي تربزيوس اي انكزاز والتيتنوس يكثر في البلاد
الحارة وفي اصحاب الامزجة العصبية وينشأ عن كل مهيج ولا سيما عدم تدبير الماكل
والمعالجة الرديئة للجروح وعلاجه بتعاطي الافيون وبالفصد الواقع والاستحمام
بالماء الفاتر وجميع ما كان من هذا القبيل * وما يزيد في احوال جروح الاسلحة
النارية الاتهاب ويعالج بالطرق المذكورة في باب

الالتهاب

الاساس الجروح المرقية

وهي التي تحصل بانفصال بعض الاعضاء عن البدن وتكون في المقاصل غالباً
وسيماجذب عنيف لعضو من الاعضاء طولا كما سمع في نوادر الجراحة ان صغيراً
وضيح ساقه فيما بين براسق بحلة عربية وهي سايرة فانهزق ساقه وكذا طعان وقع
في ذراعه ذلك من حركه بحلة الطاحون وهذه الجروح لاتستلزم عوارض خطيرة
ولا يصعب في الغالب نرف لعدم فتح الشريان الممزوق سواء كان حجمه صغيراً
او كبيراً لان الاوعية بعد الامتداد الشديد الذي يحصل فيها تنكمش وتختفي
في الجهة المصابة ولكن ينبغي ربط الاوعية الكبيرة التي يخشى من فتحها اذا قحت
واما الاجزاء الرخوة التي انتهكت هتكا غير مستوفت قطع حوافها الزائدة التي
لا يمكن ان تدخل في انضمام الجرح ثم تقرب الحواف بحسب الاسكان ويتدارك
او يقاوم التهاب الانسجة الشديد بما مر

السابع الجروح المسمومة

وهي التي يكون فيها مع تفرق الاتصال مادة غريبة هيجة تشر بها الانسجة
فيحصل منها اعراض خطيرة فمن ذلك الجروح الحاصلة من آلات استعملت
في تشريح ميت ادركه المتن والفساد وعلاجهما يكون بافساد طبيعة السم

لدغ النحل

لدغ الافعى

والحيوانات الكلبة

المختصر في الجروح بكيفية ومن ذلك لدغ النحل الذي يصيبه في الغالب الم وورم من دخول شوكته في الجلد وتقرينه السم المحصور في اصلها في حوصلة صغيرة جهة بطنه وذلك في الاناث خاصة واما الذكور فليس فيهما ذلك فان اشتد الالتهاب اخرجت الشوكة من الجرح بسن دبوس او ابرة او بسن الموضع وكوي محالها ثم يوضع العضو في ماء بارد بعض ساعات ويغلى برقاً يدغموسه في ماء واخل بارد ين وتغير كلما سخنت ومن ذلك لدغ الافعى وهي من الحشرات طولها نحو قدمين وغلاظها نحو خراط ولها قشر يلع وفي جلدها نقط سودا منتشرة فيه على انتظام ولها في الفم الاعلى سنان محدد الرأس متموجان هما اطول اسنان الفكين وفيهما تجويف بالطول وفي قاعدتهما حوصلة صغيرة تحتوى على سائل مسم يتقرز من غدتين في جانبي الرأس فعند لدغها تنشب هذين السنين فتتكبس عضلات الفم على حوصلة السم فيخرج منها ويجري في تجويف السنين حتى يدخل في الجرح والافعى لا تؤذي الرجال ولا الحيوانات الكبيرة الا اذا تعرضوا لها ونسكاية لدغها وخطره يكونان على حسب كمية السم الذي يقع في الجرح وصغر الملدوغ او كبره ولدغ افعى الاورباليين خطر اولاهم كمثل بلاد الافريقية يالهشها وتظهر عوارض لدغها في نحو عشرين او ثلاثين ثانية بالم شديد في الجهة الملدوغه ويسرى بعيدا عن محل الجرح ويعقبه انتفاخ واحمرار ويحدث في الجلد نقط زرقا تيل الى السواد فيشبه الجلد حينئذ المرمر ويصغر النبض ويضعف وقحة لثة الحواس ثم يحدث ضعف او نزع وغشيان وقى واسهال صفراوى ثم هذيان وتشنج فيكون حال الملدوغ محزنا جدا واول ما يعالج به شق محل اللدغ ثم كى بالمواصة للملحة او بروح النوشادر المسجى بالسكاوى النوشادرى او بالمواصة المتقوية برفش من العضو كله برقائد مغموسة في مزيج زيت الزيتون بالنوشادر وعضو الملدوغ من الباطن منقوعا عطريا يضاف على كل قدح منه عشر نقط اراثنى عشرة من روح النوشادر فهذه هي المعالجة المستعملة حالا وتستعمل ايضا في لدغ بقية الحشرات الساكنة تحت خط الاستواء ونحوه واذا كانت الافعى صغيرة وضعيفة وصكان الملدوغ ذائبا جماعه وبنية قوية لم يتسبب عنها الهلاك ومن ذلك لدغ

اسباب الكلب

الحيوانات الكلبة واكثر داء الكلب يكون في الكلاب وكلاب الاوربا مستعدون له
 اكثر من كلاب الافريقية ولذا يكثر فيهم واذا عرض هذا الداء لحيوان صار حزينا
 ضعيفا ياتلف الوحدة والظلمة ويقطع الاكل والشرب ويمشي على غير استقامة
 ويحمر عيناه كالمتساقط ويرتجى ذنبه بين رجلبيه وتكسر رأسه واذا نادى وبدا لعلسانه
 اى يخرج ويريد فقه كثيرا وتهرب منه الكلاب وهو يندفع عليهم وبعضهم لا يعرف
 احدا ولو كان صاحب ويريد توجيهه عند رؤية السائلات والاشياء اللامعة ثم يريد
 تشبجه ويموت بعد ثلاثين اوست وثلاثين ساعة **اسباب** هذا الداء في الحيوان
 مشقة المعيشة وعدم الماء كحول والمشروب وعضة حيوان كلب ومادته تكون
 في الالباب فتحدث فيه سمية تنفذ في الجلد بواسطة الاسنان عند العض فيتشربها
 وتسرى في اعضاء البدن وتقيم فيه زمنا تاما من غير ان يظهر شئ من عوارضها
 ويظهر في الانسان بعد ثلاثين او اربعين يوما وقيل بعد شهرين وقيل يمكث سنين
 ثم يظهر وقد لا يوجد هذا في بعض المعضوضين لان الحيوان يكون افرغ لعابه
 في بعضات قبل ذلك اوان يصاب المعضوض تشربت الالباب حال دخول الاسنان
 فيها فوصلت الاسنان الى البدن وهي جافة اوان المعضوض كان ذا شجاعة وبنية
 قوية فلم يفعل من ذلك لان المادة السمية تفسد قوتها بواسطة شدة القوة الحيوية
 فيه وعلى كل حال فينبغي افساد مادة السم قبل ان تظهر اعراضها فيخرج بعض
 دم من الجرح ويغسل بماء ثم يكوى كما غار بالحدب المحمى فان كان الجرح في الوجه
 استعملت الكاويات السائلة فاذا سقطت انشكر ريشة اعيد عليه الكى وان كان
 الجرح غائرا في الاصبع فقطع اولى من شدة **وكيفية** واعلم انه الى الان لم تظهر
 معالجة يكتفى بها في داء الكلب بعد حصوله والمعلم بحسن ذكر ان حقن الاوردة بالماء
 فيه نفع عظيم ونحن نقول ان التجربات في هذا الداء قليلة جدا النادرة من يصاب به
 فلا تجزم بنفع هذه المعالجة وقد ذكر والهند الداء ادوية كثيرة لا يركن اليها ومع
 ذلك فلا يترك المكلوب بال**كيفية** بل ينبغي ربطه لئلا يعض غيره في نوب هيجانه
 ويستعمل له من المعالجة ما يعين على الشفاء كالتصديد والاستحمام وغيرهما
 وقد تكلموا في الامراض الباطنة عن هذا الداء اذا عرض للحيوان من نفسه

الثامن الجروح الرضوية

الرض هو تفرق اتصال مختلف يفسد به انتظام تركيب الأنسجة قليلا كان الفساد او كثيرا فيخرج الدم من او عينة ويسري في النسيج الخلوي ويختلط به حتى يستحيل العضو المروض الى مادة كالجبن تشبه دردى النيدوب يعقب ذلك التهاب شديد وعلاج الخفيف منه ان يغطي الجرح برقايد مغموسة في سيال محلل مبرد وتربط برباط معتدل الشد ويكرر عليه ذلك ويراح العضو المروض ويستعمل القصد وجميع ما ينفع في الالتهاب فان لم ينجح ذلك وظهرت الاعراض الالتهابية وجب ابدال المحلل بالملين مع القصد الموضعي قليلا او كثيرا بحسب الحاجة فان كان في الجهة الموضوعة تورج مما ودم منتشر فلا ينبغي عمل شق فيها لان الدم المنتشر يتشرب سريعا ويتم الشفاء وبالشق يؤثر الهواء في جدران الورم الدموي فيحدث عنه التهاب شديد وينتهي بالتقيح فلذا كان تأخير شقه حتى تشرب المادة وان طال الزمن لا يخشى منه ضرر واذا انتفخ شريان كبير في مثل هذا الورم حسن الشق عليه من اعلى الجرح وربطه وهو اولى من الشق عليه في محل الورم لئلا يكون مختفيا في الأنسجة وفي الدم المتجمد المعطى لها فلا ينهر ومعلوم انه متى استحال عضو الى مادة كالجبن وتفتت عظامه واختلطت بالاطراف المهتكة من العضلات والاورتار فينبغي قطعه حالا

التاسع الجروح الهتكية

هتك العضلات والوتر والاورتار العريضة وغيرها الحاصل عن اسباب شائعة يكون البحث عنه في محله ويكفي ان يقال هنا انه ينبغي تداركه او مقاومة الالتهاب الموضعي وتقريب الاجزاء المهتكة

العاشر الجروح الحاصلة من القواغل الخيماوية

القواغل الخيماوية كالجواهر الكاوية يزول بفعلها انتظام تركيب الأنسجة الحية وتستحيل الى اجسام ميتة تسمى خشك يشان وتأثيرها شتى

تأثير القلوبان
والحوامض

تأثير الاجسام الم

* فافواع القلوب يظهر انما تؤثر بالخصوص في السايلات الشحمية المنحصرة في الاعضاء فتصلها الى مادة صابونية والحوامض المعدنية القوية تكون تأثيرها في الاجزاء الصلبة قريبا لها واما في الخشكر يشة فتختلف بحسب طبيعة الجوهر التي نشأت هي عنها فتكون لينة رمادية اللون تميل الى السواد من تأثير البوتاسية والنطرون وبابسة صغرا من تأثير حمض النيتريك وهو حمض ملح البارود وسودا من تأثير حمض الكبريت ويقال له زيت الزاج وروح الكبريت ايضا والخشكر يشة في الجميع يكون حولها اثرة شديدة بالالتهاب تفصل الخشكر يشة عن الانسجة وبعد زمن ما تنسقط الخشكر يشة بواسطة التقيح ثم يظهر في المحل جرح مع زوال جوهره ومعالجته لا تزيد عما سبق * والحرق يحصل من تأثير الاجسام المحماة وهو درجات ميزها المعلم ديوترون على حسب ما يحصل منها فالاولى احمرار الجلد والثانية تنفطه والثالثة ازالة الغشاء المحاطي والرابعة اعتصالة سمك الجلد الى الخشكر يشة والخامسة استئصال العضلات الى العجرة والسادسة وهي الاخيرة احتراق الجمجمة ككلم او على اى حالة فليجتهد الجراح في تدارلك او مقاومة الالتهاب الذي لا يزال قابلا للرجوع في المحل بشدة عظيمة واذا لم يكف استعمال الماء الجليدي والوضعيات التي تطول مدتها على الجرح من السايلات المحللة والوضعيات المؤقونة ينبغي استعمال المليات والاستفرافات الدموية فالوضعيات المؤقونة تنفع لتسكين الالم ومرهم جالينوا الذي يضاف عليه خلاصة الصمغ والافيون ينفع لتغطية الجرح اذا كان عاريا عن الجلد ومتى حصلت الخشكر يشة فليجتهد في اسقاطها وفي تلقيم الجرح الصادر عنها وينبغي وضع العضو على هيئة لا يحصل منها اتشاء في الجرح لتلايقشوه الالتحام

الحادى عشر الجروح القروحية

وهي الناشئة عن نحو الاسكوربوت والافرنجى والحرب والحزاز فان هذه تسبب عنها التهابات في الانسجة الحية خصوصا في الجلد والجمجمة الظاهرة من الاغشية المحاطية ويتبعه تاكل سريع في الاعضاء المصابة به وتفرق الاتصال في كل

من هذه الهيئة تخصه فالاسكوريوط من الاسباب القوية المانعة للانحرام وهو
لا يعرف من حال المريض فقط بل من هيئة الجرح ايضا فيكون لونه احمر ما االا
للزرقه ولجه لينام استرخيا كالقطر ومحتقنا بدم اسود يسيل منه بسهولة
وحينئذ فليبادر بمقاومته بعلاج جار على قانون الصحة وبأدوية وضعيتها فيوضع
المريض في مكان يمكن ان يستنشق منه هواء نقي يابسا ويتعاطى الاطعمة
المقوية الحديدية لا القديمة ويتناول من الداخل عصير الليمون وشعوه من النباتات
الطرية وجميع ما يقاوم به الاسكوريوط ويعالج الجرح بمسحوق او مطبوخ الكينكينا
وبنباتات عطرية اخرى يشد الرباط قليلا ليحصر الجرح تحته وبواسطة هذه
الاشياء تكتسب الجروح الضعيفة حالة جيدة وتتأمل سريعاً بالالتحام والدا
الاخرى يحصل منه كثيرا تفرق اتصال قروحي ويسمى سرطانا الا انه اذا كان
باطنيا في اعضاء التناسل والقم لا يحسن تسميته بذلك والجروح الاخرى تسمى
تعرف بتساوي حواقيها بدون تشريح ويكون عديدها ما ديا او سنجيا
مصغرا واذا كانت على سطح البدن امتدت بسرعة فاذا زالت من موضع ظهرت
في اخرها مداواة موضعية ومداداة عامة فالموضعية اذا كان هناك الم واحرار
ان تستعمل المليينات فاذا زال التهيج عولج الجرح بوسائد من نالة عليهم امرهم
الزيت والقوقح التي في القم منه تداوى بالغراغر المرطبة المضاف عليها قدر
مناسب من السليمان والمداواة العامة ان يستعمل من الباطن المشروبات المعروفة
والزيت ومن الظاهر ذلك بالزيت والجرب قد ينشأ عنه تقرح الجلد في الظاهر
فقط وقد يحدث في جرح بسيط تهيج جري والتهيج الحزازي ينشأ عنه ترايد
في احوال الجروح ويعرف ذلك بالاكلان فيها والقشر السميك المغطى لها وعدم
تسوية حواقيها ومداداة الداء الاخرى والحزاز والجرب تخص علم الامراض
الباطنة وعليها يتكلم فيه تفصيلا والله اعلم

الكتاب الثاني في آفات آلات الهضم وما يخصها من العمليات

الباب الاول

في آفات القسم الذي به لواء الجباب الحارز منها وما يخصه من العمليات

المبحث الاول في آفات الشفتين وما يلزم لهما من العمليات

آفات الشفتين اربع الاول الالتصاق الخلق قد يولد الطفل وشفته ملتصقتان ببعضهما من جميع الجهات وهذا هو الالتصاق الخلق الكامل وهو نادر والغالب ان يكون الوسط مفتوحا والالتصاق من الجانبين فقط فيكون غير كامل والخط المستعرض بين الشفتين هو محل الانفصال الطبيعي الذي كان حقه ان يكون موجودا فان كان الالتصاق غير كامل علمت له عملية الانفصال الطبيعي بان يدخل الموصل او الاصبع السبابة في الفم من الوسط المفتوح اتبعه به الشفتان عن اللثة خوف جرحها وليتدى به المشروط الذي يرزأ به الالتصاق المانع من الفتح الكاملة وان كان الالتصاق كاملا فيبغي اولا ان يفتح على الخط المستعرض فتحة صغيرة ثم يدخل الموصل وتتم العملية على حسب ما تقدم وينبغي بعد ذلك الاحتراز من التصاقهما ويكفي لمنع ذلك بكاء الطفل وارتضاعه وقت الصحو وقت النوم بوضع بين شفتيه خرقة مدهونة بنحو زيد لتمنع ملاصقه ما * فان كان التصاق الشفتين باللثة او باللسان فيبغي ازالة اربطة هذا الالتصاق بالمقص الذي لاسن له او بالمشرط ذي الزر وتؤمر الممرضة باسخال طرف اصبعها في فم الطفل بين المواضع المنفصلة وقتا بعد وقت لتلاي عود الالتصاق وقد يكون الالتصاق عقب حرق غاير في الشفتين تضيق به فتحة الفم ويرزأ ذلك بجميع ما ذكر في الالتصاق الخلق وتحفظ الجهة المنفصلة عن الملاصقة

الثاني الشفة الارزبية الخلقية او العارضة

قد يولد الطفل واحدى شفتيه مشقوقة او هما معا ويسمى هذا التشوه بالشفة الارزبية الخلقية وهو انواع الاول البسيط وهو الذي يكون فيه الشق واحدا مستقيما كان او مائلا واصلا لاخر عرض الشفة ولا في وسطها او في احد جانبيها والثاني المركب وهو الذي يكون فيه الشق مزدوجا بان يكون في كل من الشفتين شق بسيط او في احدهما شقان والثالث

التصاق الشفتين
باللثة او باللسان

اوصاف الشفة الارنبية

المعالجة

الافق للعملية سن
ثلاث سنين

طريقة العملية

المضاعف وهو ان يكون مع الشق انفصال في العظام الفكية او عظام سقف
الحنك او في اللهاة والغصمة ومنه ان تكون الاسنان القواطع مع شق بارزة
الى الامام ومركزة على حدة عظمية او يكون فيما بين تفرق الشفة زرلحي
يختلف حجمه وشكله والشفة الارنبية العارضة هي التي تحصل عقب جرح
التحت كل حافة من حافته على حدها * واعلم ان الخلقية تغطي حافتها بمجادة
رقيقة حمراء وتكون غالبا في الشفة العليا ولا تبعد عن محاذة جنتها من الانف
واتجاهها يكون على موازاة سمت الجسم وليس معها زوال جوهر والعارضة
بمخلافها فتكون مغطاة باثرة جلدية بيضاء كالتى تكون في الالتصاقات المعتادة
وتكون غالبا في الشفة السفلى وبسيطة ومنحرفة الاتجاه ومعها زوال جوهر
في الغالب * والتفرق الغير الطبيعى في الشفة يستدعى ثلاث طرق الاولى ازالة
ما يصاحب الداء ويعوق عن اتمام العملية او نفعها والثانية ادماء حواف التفرق
والثالثة انضمام الحواف لازالة التشوه * ثم ان بعض الجراحين كان يعمل عملية
الشفة الارنبية الخلقية عقب الولادة والغالب منهم على ان الاحسن تأخيرها الى
ان تقوى انسجة الشفة على تحمل الاير وذلك يكون اذ يبلغ الطفل ثلاث سنين لانه
اذا كان يكون عنده نوع تميز يمنعه عن البكاء الزائد فيكون هذا السن هو الاجود
للعملية لكن اذا كان تفرق اتصال الشفة مانعا من ارتضاع الطفل او كان معه
سقف الحنك مشقوقا لا يصل اللبن الى جوفه بل يتغذ في الحفر الانفية وكانت
حياته في خطر فلا تؤخر العملية الى هذا السن بل ينبغي عملها حالا * وقبل
ان يشرع في العملية ينبغي الفحص عن جميع ما يصاحب تفرق الاتصال ويمنع
الانضمام لاجل ازالته ولا بد من اتمام عملية تفرق الاتصال في الشفة اوق العظام
الفكية ولو اتسع التفرق مهما اتسع فان بعدت حافتا الشفة عن بعضهما ما يحدث
لا يمكن تقريهما بدون شد عنيف فلتربط الشفة برباط ضام اياما قبل العملية
ليعتاد المحل على التقريب فيسهل عليه العملية واذا كانت الاسنان تقواطع
او مغرسها من الفك بارزا جدا الى الامام فينبغى استئصالها اذا كانت قبل
الاثغار لان الاسنان الجديدة يكون اصطفافها اجود من الاولى واما بعد

الاذخار فلا تستأجل اذا امكن ارجاعها الى هيئتها وضعها الطبيعي بواسطة رباط
 مناسب لها وكان المعلم ديسولت يضع لذلك رقادة سمكية على الجهة البارزة
 ويلف عليها القفافة تربط على اقفا فترجع الجهة البارزة بهذا الرباط الى جهة
 الخلف واخترع بعض المعلمين اربطة اخرى لكن الاحسن ما اخترعه ديسولت
 فان لم يتفع هذا الربط ازيل الجزء الفكي البارز بالعملية لكنه بحرب ذلك كثيرا
 فحصل منه ان قوس الاسنان تداخل في بعضه وقصر عن مواقفة الفك الاخر
 في الانطباق فلذا لا يزال بالعملية الا بعد اليأس من نفع الربط المذكور ولا ينبغي
 الاقدام على عملية الشفة الارزبية حينئذ لا بعد زوال التهاب الحادث عن عملية
 انك واذا كانت اطراف الاسنان القواطع بارزة الى الامام اعيدت الى وضعها
 الطبيعي اراخذت بالمبرد ولا يضرق الاطفال استئصال السن الذي خرج عن
 طريقه الطبيعي * واذا كانت الاسنان المحاذية لتفرق الشفة غير موجودة
 وعسر انضمام الشفة لعدم ما تركز عليه من الخلف فلتوضع صفيحة من فضة
 اورصاص وتثبت على الاسنان المجاورة لمحل المفقودة وتبقى الى ان يتم التئام
 الشفة * واذا كان بين حوافي الشفة الارزبية زرلحي احرفان كان صغيرا قطع
 بالمشرط او بالمقص قبل العملية في مرة واحدة وان كان كبيرا قطع مع ادمائها
 واما اذا كانت الشفة ملتصقة بالثة فينبغي فصلها الى محاذاة منتهى التفرق
 ليسهل تقريب حوافي الشفة وملاستها ببعضها من كل جهة * وبعد ازالة
 جميع ما يزيد في احوال التفرق وصيرورته بسيطا ينبغي ادماء الحافتين ليقبلا
 الالتحام وقد كان بعض المعلمين يستعمل لتدمية الحافتين الكاويات والمنقطات
 وليس ذلك بجيد لانه يحصل منهما الم طويل وزوال جوهر كبير مع عدم نفعهما
 ولذلك رفضوهما واستبدلوا بهما المشرط او المقص ويلزم لعملية الشفة احضار
 جملة الات هي اول مشرط ذو فصل صلب وخدم مستقيم وسن حاد وثانية صفيحة
 من مقوى ارجو خشب او عاج طولها من ستة قراريط الى ثمانية وعرضها من قيراطين
 الى ثلاثة وثلاثين ابر مستقيمة اسطوانية لا سم لها اولها سن مفرطح حاد
 ورابعها خيط مشمع طويل جدا وخامسها مقص اذا لم يستعمل المشرط فهذا

وضع صفيحة معدنية
 بدل الاسنان المفقودة

ازالة ما بين حافتي الشفة

ادماء حوافي التفرق

العملية

شروط عامة

ما يلزم احضار هذه العملية من الآلات وينبغي لمعالجة الجرح ان يجهر زاو لا
 رفاذتان رقيقةتان ضيقتان طولهما بقدر عرض الشفة يوضعان تحت اطراف
 الابر وثانيا وسادة خفيفة من نساالة مدهونة بمرهم جالينو وثالثا رفاذتان
 درجيتان ورابعا لفافة ذات اسطواناتين طولها نحو ستة اذرع وعرضها
 قيراط وخامسا عصابتان طول كل واحدة نحو ثلاثة اذرع وعرضها بقدر
 عرض الرفاذة الدرجية ومقلع للذقن * فاذا تجهزت جميع هذه الاشياء فليقف
 الجراح امام المريض بعد ان يجلسه على كرسي عال ويقف المساعد خلف المريض
 ويثبت رأسه على صدره بان يضع احدى يديه على جبينه والثانية تحت ذقنه
 ثم يقص الجراح حواف الشفة بالمقص ان كانت انسجبتها رقيقة رخوة كشفة
 الاطفال فان كانت سمكة صلبة استعمل المشروط والاسهل استعمال المنص
 لان المشروط يحتاج الى اعتياد العمل باليمين واليسار ولا بد ان يكون محسنا
 مسنونا ثلاثا يمسح حواف الجرح ويرضها واذا استعمل المشروط فينبغي ان يوضع
 الصفيحة تحت الجزء الايمن من الشفة وتثبت الشفة عليها ثم تمسك الشفة بالابهام
 والسبابة من اليد اليسرى ويجذبها الجراح بها الى جهته حتى تتقدم شفاها
 جيدا ويمسك المشروط باليد اليمنى ويتدنى الشق بسننه من فوق زاوية التفرق
 بقليل واضع احد المشروط على طول الحافة المراد قطعها ثم يشقها مرة واحدة
 ويفعل ذلك في الحافة الاخرى بعد ان ينقل المشروط لليد الثانية لان مسكه يكون
 باليد المقابلة للحافة المشقوقة واذا استعمل المقص فينبغي ان يكون كبيرا
 صلبا مسنونا ويمسكه الجراح باليد اليمنى واليد اليسرى تمد احدى يافئ الشفة
 ويقص الحافة مرة واحدة ويفعل بالانحرى كذلك * وينبغي في الشفة لارابية
 الخلقية ان يقطع جميع ما لم يغطه الجلد عما هو احرج حتى يتساوى سطح الجلد
 مع سطح التفرق من الجانبين وان يكون ذلك على طريقة هي ان تكون حواف
 الجرح الجديد ملتقية من اعلى على زاوية حادة وان تزال الانسجة المتدلية كلها
 حتى لا يبقى منها شيء وينبغي في حال القطع خصوصا في الشفة لارابية ان يراعى
 الاحتراز عن ازالة جوهر كبير ليكون الجرح قابلا للانضمام على خطه - - -

فهذا اول جز من اجزاء العملية وبهذا تمام الجزء الاول من العملية فيبقى السعي
 في تمام الجزء الثاني وهو انفعام شقي الجرح بدون واسطة فالقدماء والمحدثون
 قد اعتبروا الخياطة في الشفة الاربعية لكونهم تحققوا ان الربط والعصابات الزججة
 لا يكفيان في ذلك والخياطة اللينة هي الابدون في تحصيل الانضمام وتكون يابر
 متخذة من القولاذ او الذهب والفضة وهي على اشكال مختلفة المستعمل منها
 كثيرا في زماننا هذا هي المتخذة من القولاذ او الذهب التي لها سن كسن الرمح
 ولا رأس لها ولا ثقب وطولها من قيراط وربع الى قيراط ونصف وتغلظها كالابر
 المعتادة في الخياطة ومع الاضطرار يمكن استعمال الابر المعتادة) وكيفية استعمال
 هذه الخياطة ان يد من الجراح طرف الابرة ويمسكها من الوسط بين الابهام
 والوسطى من اليسار اليمنى وتكون السبابة مرتكزة على رأسها وحافتها الجرح
 تقربان لعضوها تقريبا محكما ثم يدخل الابرة في حمة الحافة اليسرى غايصا بها
 في السمك قليلا ثم يخرجها من سمها ويدخلها في الحافة المقابلة غايصا بها كذلك
 بحيث تكون الابرة مغروسة فيما بين الثلث المقدم والثلثين الخلفيين من سمك
 الشفة والابرة الاولى توضع نحو اسفل الشفة لتكون الحافتان موضوعتين على
 الاستواء من اول الامر ثم بعد وضع الابرة على هذه الصورة يمر بخيط مشمع من
 امامها لاجاعلا كل طرف من طرفيه تحت طرف من طرفي الابرة ويعطى طرفي
 الخيط لمساعد يشدهما يرفق الى الاسفل بعد ان يجعلهما على تقاطع صليبي
 لاجل تقريب حوافي التفرق ثم تغذ ابرة ثانية نحو وسط التفرق ويبتدى ذلك من
 الحافة اليسرى على نسق ما تقدم ثم ابرة ثالثة كذلك فاذا وضعت الابرة على هذه
 الكيفية قليلا اخذ الجراح طرفي الخيط من المساعد وبلغهما الفاصليين امرات عديدة
 من جهة الامام للابرة وتقدمها بهذه الكيفية تحت طرفي الابرة الثانية وبلغهما
 لفاصليين كالاول وهكذا يفعل في الابرة الثالثة ثم يعقد طرفي الخيط عقدة
 وشريطة ثم يضع الرقادتين تحت اطراف الابر خوفا من انها تهيج الجلد بلامسة
 اطرافها له ثم ينظف المحل من الدم ويضع عليه وسادة من نسالة مدهونة بمرهم
 جالينو* فاذا اريد وضع العصابات الزججة فليوضع في جانب الخد طرف

الخياطة اللينة

وضع العصابات الزججة

العصابة وينتبت في زاوية الفك ثم يقرب الخلد الثاني نحو الجرح ويلصق عليه بقية
العصابة وقد تستعمل على وجه آخر وهو ان يوضع على كل شدة شريط طرفه
عرض مربع ووسطه ضيق ويتصالبان على الجرح ويشدان عليه شدة متخالفا
كشد الرباط الضام حتى يصل طرف كل واحد منهما الى الخلد الذي من الجهة
الآخرى فيلصقه عليه وهذا كاف في الاطفال واما في البالغين فالرباط الضام
اجود منه وقد اخترع لانضمام الشفة الارنبية رباطات مختلفة اسهلها واكثرها
استعمالا لرباط لويجي وهو ان ياخذ الجراح لفافة طوله نحو اربعة اذرع ونصف
وعرضها نحو ثلاثة ارباع قيراط ويجعلها ذات اسطوانتين غير متساويتين فينزع
على الجهة المسافة التي بينهما ويذهب بهما الى الخلف مارا فوق اذنين حتى
يصل الى ثقرة القفا فيصل بهما هنالك ثم يرجع بهما الى الامام فوق الرقابتين
الدرجتين الموضوعتين على الخدين حتى اذا وصل بهما امام الابر جعل في الطرف
الاطول من اللقافة عروتين وفي الطرف الاقصي شريطين ويتخذ في كل عروة
شريطا ثم يشد الطرفين شدة متخالفا ويأتي بهما الى ثقرة القفا ثم يلف بهما على
الرأس حتى ينتهيا * وهنالك الرباط ضام آخر وهو ان تؤخذ لفافة طولها وعرضها
كالاولى واسطوانتاها متساويتان فيضع الجراح المسافة المتوسطة بينهما على
الجهة ويذهب بهما على جانبي الرأس الى ثقرة القفا ويصالبهما هنالك ثم يرجع
بهما الى الامام مارا على الرقابتين الدرجيتين وعلى الشفة فيصل بهما عليهما
ويرجع بهما ثانيا على الرقابتين الى ثقرة القفا ثم يلف بهما على الرأس حتى ينتهيا
ويثبت اطرافهما بدبايس ويضع على الذقن وسط المقلاع ذي الاطراف الاربعة
ليضبط الفك الاسفل والرقابتين الدرجيتين التي على الخدين ويثبت اطراف المقلاع
على الرأس * واذا كان في الشفة الارنبية شقان والجزء المتوسط بينهما ضيق
ويجب ادماؤا ايضا وتنفيذ البر فيه ليشمله الانضمام فان كان هذا الجزء قصيرا عن
الشفة فليجعل على صورة مثلث رأسه الدقيق من اسفل وتنفذ فيه الابر
* وينبغي للمريض ان لا يتناول الا الاطعمة وان يتجنب جميع ما يحصل منه
حركة في الجهة المصابة كالفتح والكلام ولا يتعاطى من الاطعمة ما يحتاج

المعلم لويجي

رباط ضام آخر

ة الارنبية

بد العملية

لتصريف الفك ثم في اليوم الثالث والرابع يغير على الجرح فيرفع الرباط برفق مع
الاتساع الكلي والمساعد وقت رفع الرباط يقرب الخدين بلحمة الامام لتلاصق
تفرق في محل العملية ويدع المحل نصف ساعة او ساعة بدون حفاظ ثم يقطع
الخيوط ويخرج الابري بعد ان يدهنها بمرهم جالينو ويضع عصايات لزجة ووسادة
من نسالة ورباطا ضماما جديدا ويبقى ذلك اياما حتى يتم الالتئام بالكلية .

الثالث جروح الشفة

ينبغي ان لا يشتهه عليك تفرق الاتصال الجديد العارض في الشفة بالشفة
الاربية المسماة بهذا الاسم حقيقة وان كانت المعالجة فيها واحدة فتستعمل
هنا العصايات الزجة ان كان التفرق لا في كل سمكها والخياطة والرباط الضام
وجميع ما ذكر في الشفة الاربية ان كان التفرق في جميع سمكها

الرابع سرطان الشفة

كثيرا ما يحدث في الشفة جروح سرطانية كالة يتبدى غالبا برز يتقرح بعد زمن ما
والجرح السرطاني تارة يكون جافا وتارة احمر وتارة مغطى بقشرة جافة سنجابية
اللون تسقط ثم تتولد شيئا فشيئا وتارة يتسع وتارة يقف وتارة يحصل منه نزيف
وكثيرا ما تكون هذه الجروح في الشفة السفلى وتعتمد من حافتها الى نحو قاعدتها
وقد ما الجراحين كانوا لا يعرفون طريق معالجة هذه الجروح فكان اكثرهم
يستعمل الادوية المهيجة التي تزيد في خبث المرض وكثيرا ما كانوا يستعملون
الكي وعملية الاستئصال وهذه الجروح تقبل الشفاء بواسطة الوضعيات الملائمة
والنقص الموضعي والمصرفات وجميع ما يقاوم به الالتهاب فاذا لم تؤثر جميع الادوية
المضادة للالتهاب فيها فلتعمل عملية الاستئصال ولو اتسع الجرح مهمما اتسع
اذا كانت الغدد الفككية والعنقية سليمة من هذا الداء واستعمال المرهم الرهجي هنا
خطرجدا لمجاورة القم فلذا كان الاولى عدم استعماله * وطريقة العملية
فيما اذا كان التقرح شاغلا للجهة المجاورة لحافة الشفة فقط ان يقطع الجراح التقرح
بالمشرط قطعاه لاليا وبعد هذا القطع يربط ما انفتح من الاوعية ويعالج الجرح

كمعالجة الجروح التي معها زال جوهر حتى يحصل الالتحام ومع هكذون الجزء
المقطوع لا يتولد ثانياً تكنسب الشفة ارتفاعها طبيعياً فلا يعقب العملية تشوه
ولا تعسر في الحركة وفيما اذا امتد الزوال السرطاني في عرض الشفة كلها ان يقطع
بشقين ينزلان على جانبي التفرع آخذين في القرب من بعضها حتى يلتقيما على
زاوية حادة من الاسفل منتهيين بنقطة بحيث يكون الجزء المزال مثلثاً وهذه
العملية لسهولة لا تحتاج لشرح زائد وبعد اتمام العملية يحتاج الى انضمام حافتي
الجرح كما يفعل في الشفة الارنبية فاذا امتد الى الذقن فالعملية بعينها ولكن ينبغي
حينئذ ازالة الجلد المجاور للعظم الفكي لاجل ان يقرب الجرح بعد ازالة الى بعضه
من الجهة السفلى والجهة العليا معا ومتى كان التفرع ممتداً بالعرض قطعت
الشفة كلها وهذه العملية عملت مرات كثيرة فلم يحصل منها عيب سوى ضيق
القيم وتشوه قليل سيما في الصغار لان الانسجة فيهم قابلة للتجدد فاذا كان في اليد
انساع شديد جداً بحيث لا يتم انضمام الجهتين بعد العملية فينبغي ان يكتفى
بالانضمام حوافي الجرح بقدر ما يمكن واما التشوه وسيلان اللعاب فيتدارك
اخرهما بعد التهام الجرح بعمل شفة من فضة واذا كان السرطان شاغلاً
لاحدى زاويتي القيم اعني ملتقى الشغوين من الظاهر كانت العملية بخلاف ما ذكر
فان الشقين هنا يبتدآن من اقرب محل الى الشفة وينتهيان في الخد على نقطة
فيحصل في الوجه جرح مستعرض مثلث مشاركاً لفتحة القيم وينبغي بعد الشق
ربط الشريان الشغوي فانه لا بد من اصابة اصله عند القطع وضم الجرح بخياطة
متفرقة تبسدي من جهة القيم ثم توضع العصايب اللزجة على الخدين ويغطى
الجرح بنسالة ورقايد ويثبت جميع ذلك بلعافه مشدودة شدا معتدلاً وبالقلع
ويؤمر المريض بان لا يفتح فيه الا عند الاحتياج لتناول بعض اغذية سائلة

سرطان ملتقى
الذقن

المبحث الثاني في آفات عظم الفك الاسفل

آفات عظم الفك الاسفل ثلاث الاولى الكسر ويكون غالباً في المحل المصاب
لا في غيره فان كان بسيطاً في جسم العظم ككفي في تجبيره تقرب حافتي قوس

منابت الاسنان حتى يتلامس الجزآن وينع تحركهما برقادة سمكية مغموسة
 في سائل محلل توضع على طول قاعدة العظم وتثبت بالمقلاع او بالرباط المسمى
 بالرسن واذا انفصل بالكسر شظية من الفك صغيرة او كبيرة وبقيت متعلقة
 بالاجزاء الرخوة فينبغي ان تثبت في محلها بربط الاسنان بعضها ببعض او شظاياها
 انفصلت بالكليّة استوصلت واذا انكسرت احدى شعبتي الفك سهل ارجاعها
 الى وضعها الطبيعي من غير تشوه بواسطة رباط بسيط لان العضلة المضغية
 المرتبطة بالشظية المكسورة تعين على تثبيتها والتشامها واذا كان الكسر
 في النتو اللقي لامتك فبالجزء العلوي منه تجذبه العضلة الجناحية الوحشية
 الى الامام ويحتاج الى رقادة سمكية خلف زاوية الفك لتجذب بقية العظم ايضا
 الى الامام فيحصل التماس جيد ثم يعالج الجرح والرض والالتهاب الحاصلة
 من الاجزاء اللينة بطريق ما اذا لم يكن فيها كسر وينبغي ان لا يتحرك الفك في ذلك
 مدة اربعة وعشرين يوما وان يكون منطبقا على الاسنان المقابلة له ويغذى
 المريض بالامراق فقط وتصب في فمه بين قوسي الاسنان بعد ان يفتح الفك برفق
 فتحة لطيفة ثم يستعمل بعد ذلك الشورية ثم الاطعمة الجامدة على التدرج

الثانية الخلع

ويحصل غالباً من افراط تنكيسه فتتشنج العضلتان المضغيتان وعلامته
 ان يبقى الفم مفتوحاً دائماً ويحصل في الصدغين والخدين انخفاض ويزداد
 النتوان القرنيان من تحت الجلد وتوسع المسافة المشغولة بالقناة السمعية
 الظاهرة وهذا الخلع دائماً يكون من جهة الامام وكيفية رده ان يجلس المصاب
 على كرسي ويثبت صدره على صدر المساعد ويلق الجراح على ابهاميه ثرقاً من
 قماش ويدخلهما خلف الضرسين الاخيرين من الجهتين بقدر الامكان ويقبض
 على الفك بالاصابع الاربع ثم ينكسه دافعه الى الخلف بالا بهامين المرتكزين على
 الاضراس السكار لاجل تخليص النتوين اللقميين ويرفع الذقن ببقية الاصابع
 ثم يزلق ابهاميه حالاً فيما بين قوسي الاسنان والخدين خوفاً من انطباق الاسنان

عليهما بالقوة الشديدة العجائية الحاصلة من ادخال العضلتين الرافعتين للفك
التنوين الثميين في الحفرتين الصغيرتين العنایتين السمايتين بأجلين وبيده وبكفي
لعدم تحرك الفك لتلايرجع الخلع وضع المقلع او اللقافة الذقنية التي هي كارتناق
وقد يكون في الفك استعداد لا تخلعه ورده فكثيرا ما شوهد حصول هذا الخلع
لبعض الناس ورده الى اصله الطبيعي بسهولة ويعلم كون الخلع من جانب واحد
بلوقة الخنك مع العلامات التي ذكرناها

الثالثة السرطان

قد يمتد النقرح الا كمال في الشفة وهو سرطانها الى عظم الفك المجاور لها فيزيل
السمعاق ويخرب نظام تركيب جوهر العظم * فاذا امتد الى الذقن وعظم الفك
الاسفل وكان غير غائر وجب اولا قطع الاجزاء الرخوة المصابة حتى يتكشف جميع
الجزء المصاب من العظم ثم ينحت بالمنحت ويكوى بالحديد المحمي حتى يتبين ان الشفة
ثم يعالج الجرح بمعالجة بسيطة وعند ما تظهر الازرار اللمعية وتغطي جميع سدايح
العظم ينبغي تقريب الحواف ليتقن التشوه او يتدارك قبل حصوله بقدر الامكان
وكان قبل ظهور المعلم دبوترن اذا اصاب الداء السرطاني جميع سمك الفك او معظمه
لا يتوقع شفاء المصاب بذلك بل لابد من هلاكه فلما ظهر هذا المعلم اظهر طريق
شفائه بقطع جميع الجزء المصاب * ويتبني لاجل اتمام هذه العملية العسرة الخطيرة
جد او نجاحها ان يجهز منشار ذو قبض ونصل صلب لا ظهر له ومشارط
ومقصات وخيوط مشمعة وملاقيط لربط الاوعية ويلزم لمعالجة الجرح تجهيز
ابر الخياطة وعصايات لزجة وبعض وسائد من نسالة ورقايد ولفافة طولها
من ستة اذرع الى ثمانية وزناق ذقني * وكيفية عملية دبوترن المذكورة ان يجلس
المريض على كرسي ورأسه مثبت على صدر مساعد وجسمه مغطى بملاء مطبقة
ويأخذ الجراح مشرطا مستقيما يشق به شقين يحيطان بجميع الاجزاء اللينة
المصابة يبتدأ منهما من حافة الشفة السفلى وينزل بهما الى اسفل الداء حتى يتلاقيا
على زاوية حادة ثم يسلم الجلد العيني واليسرى مجاوزا العظم والسمعاق المصابين

علاجه ان لم يكن غائرا
بالنحت والسكي

وان كان غائرا يقطع
الجزء المصاب

عملية دبوترن

بقليل وكلما انتفخ شيء من الاوعية زمن العملية ويطه ثم يرفع الجلدتين ويذهب
 بهما الى الخلف ويخلص السمعاق ويبرد عن جميع المحال التي يراد نشرها ثم ينشر
 العظم المصاب برفق نشر من الخارج الى الداخل ويضع صفيحة من قرن او جلد
 ثخين او من مقوى اسفل الجهة المراد نشرها لئلا يصيب الاجزاء السليمة ثم يفعل
 مثل ذلك في الجهة المقابلة وتتم عملية القطع بازالة جميع الاجزاء المتصقة بالسطح
 الخلفي من الفك ثم يربط الشرايين التي تحت الفك وبعض فروع من الشريان
 اللساني ثم رد الجدارتين وضعهما على الخط المتوسط بغير زق خياطة في اميل
 جهات الجرح الى الاسفل ثم توضع اللزق اللزجة على بقية حواف الجرح وكذا
 وسادة من النسالة ورقايد وانسافة وبذلك يتم ما يجب لمعالجة الجرح وعند ما يتم
 الشفاء لا يبقى للمصاب ذقن فتصنع له ذقن من فضة يستريحها التشوه وتعينه
 على حركة التكلم وقد يتفق ان طرفي الفك ينضممان بواسطة مادة ليفية غضروفية
 تتكون عنهما عيشتان واغلب الناس الذين تحصل لهم هذه العملية يبقون طرفا
 العظم فيهم منفصلين عن بعضهما بقدر قيراط او قيراطين وقد وقعت هذه العملية
 مرات عقب جروح حصلت من جمل المدافع والمعلم دبوترن استعمل هذه
 العملية كثيرا مع النجاح وكذا استعملها المعلم المنض عن قريب في بيمارستان
 مونبليير

المبحث الثالث في آفات الفك الاعلى

هي ثلاث الاولى الكسر وهو نادرا جدا ولا يلزم له تجبير لانه يلتئم من ذاته والثانية
 السرطان ويمكن ان يصيب الاجزاء الرخوة المغطية له ويزيد امتداده فيه كلما كانت
 العظام اسفنجية فلذلك ينبغي الاسراع بازالة الجزء المصاب منه بمنقار قنوي
 ودقاق من خشب بعد ان يكون الجراح قد شق الاجزاء الليغية شقين لا يقين
 والثالثة القروح الا كالة في سقف الحنك وتحصل غالباً من الداء الافرنجي وكثيرا
 ما تنقب العظم فيحصل استطراق بين الغيم والحفر الاتقية وذلك يستدعي بعد
 حصول الشفاء وضع سدادة بين تفصل بين هذين التجويفين

المبحث الرابع في آفات الاسنان

آفات الاسنان كثيرة جدا وتختلف باختلاف اسبابها واعراضها وطرق معالجتها وتنحصر في جملة هذه الآفات الاولى نقص الاسنان او زيادتها والثانية عدم انتظام وضعها والثالثة تحريكها وخلعها وكسرها والرابعة انبراثها والخامسة تقفئها والسادسة زوال ميتها وهو طلاؤها والسابعة تسوس اجسامها واصولها والثامنة التهاب غشاء اسنانها والتاسعة الاستويث اي اورامها لان معنى هذه الكلمة الورم العظمي والعاشرة التكروريس وهو موت جوهر الاسنان لان معنى هذه الكلمة موت العظم والحادية عشر التهاب العصب السني والثانية عشر القشور الحفرية التي تتكون على السن

اما الاولى وهي نقص الاسنان او زيادتها فقد يتفق ان بعض الاسنان او كلها لا يظهر زمن النبت الاول ولا يضر ذلك لانها لا تظهر غالبا الا زمن النبت الثاني وغاية ما ينبغي في ذلك استدامة تليين اللثة الى زمن النبت الثاني يتناول الطفل الاطعمة اللينة وقد لا ينبت من الاسنان سوى الاضراس الكبار وقد يتم النبت الاول للاسنان ثم تسقط ولا ينبت مكانها شي وذلك اما ان يكون موروثا للشخص او ناشئا عن علة مرضية تؤثر في الجنين او في الطفل بعد الولادة ولا حيلة في تعويض بدلها الا باسنان مصنوعة وقد تفقد الاضراس الكبار التي في آخر الاسنان المسماة باضراس الحلم وهي النواجذ في اشخاص كثيرين فتكون مخفية في اسنانها ولا يحصل من ذلك عوارض رديئة والزيادة على عدد الاسنان نادرة جدا سيما في البالغين ولا يزيد في الغالب عن سن اوسنين وقد يزيد عن ذلك بسبب الزيادة عدم سقوط سن اوسنين من الاسنان الاولى وقد تكون هذه الزيادة من جرثومة سن رائد عن العدد من اصل النبت الاول واذا تبدلت الاضراس الصغار ولم تسقط الكبار نبت بينها ضرس رائد غير منتظم الشكل فيحتاج الى قلعه ويوجد ذلك ايضا في الاسنان الاولى التي لم تسقط زمن النبت الثاني فاذا ظهرت من بينها قلعت الزوائد ويحترس من قلع غير الزايد

يدل الزايد

واما الثانية وهي عدم انتظام وضع الاسنان فبان يكون بعضها مخفيا في عظم الفك وبعضها موضوعا وضعا اقلها وبعضها نابتا في سمك التتو الصاعد من الفك شبيها بالورم العظمي وقد شوهد من الاسنان ما اصوله بارزة الى الخارج نحو اللثة واكليه مخفي في المنبت فتوقعر السنخ ولا يتسبب عن ذلك عوارض رديئة في بعض الأشخاص وقد يحصل منه في بعضهم الم والتهاب وخراج ولا يعلم ان ذلك منه الا بفتح الخراج ولا تزول هذه العوارض الا باستئصال السن المعيب الوضع وعدم انتظام وضع الاسنان لا يكون دائما بحقائقها بل منه ما هو يكون بعضها موضوعا في الفك وضعا اقلها بحيث يتعب اكليه اللسان واللثة والخدين ومنه ما هو يكون بعضها نابتا في سقف الحنك وكل ذلك ينبغي استئصاله ومنها ما هو يكون الاسنان متقاربة جدا بحيث يلتصق بعضها من ظهوره ببعض الاخر اما باصلا او باكليه ومن عدم انتظام الوضع الاتجاه المعيب في الاسنان بان تتجه الى الامام او الى الخلف او الى احد الجانبين او تلتوى فيكون جانبها الى الامام ولا يكون هذا الاتجاه المعيب في النبت الاول الا نادرا ويكثر في الاسنان المقدمة في النبت الثاني وسببه فيه عدم تناسب حجم الاسنان مع المسافة المشغولة بها او تأخر سقوط بعض الاسنان الاولى او وجود سن يشغل المسافة التي كان حقه ان يشغلها السن الدافع او وجود سن زائد او نحو ذلك واذا توجه سن اتجاه رديئا اثر تأثيرا شديدا في وضع الاسنان المجاورة له وربما حصل في الاسنان المقابلة عدم توافق في الانطباق وقد يحصل من ذلك آفة في اللسان او في الخدين والذي ينبغي لمنع هذا الاتجاه الردي في زمن النبت الثاني اذا ظهر امام الاسنان القواطع العليا والسفلى او خلفها بعض ورم مؤلم ولم تتحرك الاسنان الاولى ان تقلع لتخليه الطريق الى بروز الاسنان التي تأتي بدلها واذا كانت الاسنان الجديدة عريضة جدا لا تسعها المسافة ينبغي قلع واحد منها وليكن هو الذي يحصل منه التشوه بالاكثر فيقلع الضرر من الاول من الاضرار الصغار مراعاة لاستقامة الناب وبقاء الناب

ومنه الاتجاه المعيب

مراعاة اللسان العليظ من القواطع وهكذا الا اذا كان هنالك سن خارج عن الصف
بالكلية فالاولى قلعه * ثم انه قد يكثر بروز الاسنان المقدمة العليا والسفلى
الى الامام وكذا قوس سنابث الاسنان وتختص هذه الحالة ببعض التبايل
وقد تكون موروثية وغالب تكون من اعتياد الاطفال على مص الاصبع او اللسان
او حرقته مع الشد الى الامام فيحصل من ذلك هذا التشوه وكذا يحصل منه تحرك
الاسنان وسقوطها فينبغي منع الاطفال من ذلك والمعلمون رؤا في هذه ان
يستأصل الضرر من الصغير من كل فلك ثم يضغط قوس الاسنان من الامام الى الخلف
ولكن هذا لا ينفع الا في الصغار * واعوجاج الاسنان الى جهة الخلف عيب
في التركيب فاذا كان ذلك في الاسنان المقدمة حصل منه تشوه وتعب في اللثة
وذوبان الطلا قبل اوانه من الجهة المقدمة وقد يحصل من ذلك ايضا تقرح في اللثة
السفلى من ملامسة الاسنان العليا لها في ذلك ينبغي ان يبرء حد الاستئصال
وعدم موافقة انطباق قوسي الاسنان يعلم من كون الاسنان العليا خلف السفلى
عند انطباق الفكين على بعضهما وفي هذا التشوه قد تبصر الاسنان العليا من
الامام ومتى كان هذا التشوه حاصل من كون الفك الاسفل اكبر من الاعلى فلا
معالجة له فان كان من كون الاسنان القواطع العليا خلف السفلى امكن معالجة
ذلك بجذبها الى الامام بواسطة صفيحة منخبة توضع على القواطع السفلى فتتراق
القواطع العليا من عليها الى الامام عند انطباق القوس
واما الثالثة وهي تحرك الاسنان او خلعهما او كسرها فكثر ما يصيب الاسنان
لطمة او ضربة شديدة يحصل منها الرقجاج ينشأ عنه تحركها فاذا بقيت اللثة سليمة
من ذلك ذهب تحركها وثبتت في زمن قليل غير انه ينبغي ترك ما يوجب التحرك
كالضغ ودفعها بطرف اللسان ومعالجتها كمعالجة الخلع المتسبب عن الاسباب
البادية وسيأتى على الاثر * وخلع الاسنان ينقسم الى ما هو نائى عن اسباب
خارجة والى ما هو نائى عن امراض اخرى والاول اما كامل او غير كامل في سن
واحد او اكثر والخلع اما ان يكون بسيطا او مصحوبا بمرض او يخرج في اللثة او يكسر
في حواف الاسنخ او في جسم الفك واللثة اما سليمة او غير سليمة فهذه الاقسام

ومنه بروزها الى الامام

ومنه اعوجاجها
الى الخلف

الثالثة تحركها

او خلعهما

كلها تنفع في الاذنين ذلك ينتج ان السن المخلوع خلعا غير كامل اذا وضع حالا
 في محله نبت وعاش ولا ينجزم انه اذا انخلع خلعا تاما واربدا رجاعه في جوف سنخة
 نبت ويعيش وعمايين على تثبت السن بعض تثبت ان تجمع اللثة وحواف ثقب
 المنبت عليه وزعم بعض المعالين ان دورة الدم تكفي في تثبت السن ومحيشته
 وعلى كل حال فلا بد من ترجيع السن وبعلم الخلع الغير الكامل من تحرك السن
 وارتفاعه عن بقية الاسنان ومعالجة هذه العلة بثلاثة اشياء الاول رد السن
 الى محله بالسبابة والابهام ثم تقرب اللثة والمنبت وكبسهما على عنق السن واصله
 برفق والثاني صونه عن التحرك بصفحة من رصاص توضع على السطح المقدم
 للاسنان وتثبت على الاسنان المجاورة للمخلوع ويمنع الفك من تقاربهما
 بصفحة من خشب او عاج توضع بين الفكين على الاضراس ويؤمر المريض بمنع
 لسانه عن تحريك السن المخلوع ويعطى من الاطعمة ما لا يستدعي حركة مضغية
 والثالث تساركا ومقاومة جميع العوارض الالتهابية بالاشياء المضادة للالتهاب
 الموضعية والعامة واذا بقيت العوارض بشدة وكان سببها وجود السن فينبغي
 استئصاله واذا كان الخلع تدريجيا عقب امر اس كان قليل الالم او عديمه
 والاسنان المخلوعة خلعا غير كامل لا تزال نافعة في المضغ وينشأ من خلعتها تشوه
 وعسر في التكلم ومعالجة ذلك تكون بحسب المرض الذي نشأ عنه خلع السن
 واذا تم الشفاء فلا ترجع الاسنان الى استقامتها الطبيعية (وكسر الاسنان هو تفرق
 اتصال فيها لعله في جوفها ويكون بالعرض وبالطول والوارب في اكليلها
 او عنقها او اصلها وذلك قد يكون عن استعداد مرضي يهيئ الاسنان للكسر
 بسهولة من غير عنف والمرض علة معلومة ويكون غالبا من ضربة او سقوط او ملافة
 جسم صلب انطبق عليه الفك بقوة شديدة فاذا كان الكسر في عنق السن فقط
 او في اصله رجي عوده وابقاؤه بضم الجزء المكسور الى اصله فان ذلك قد يتم وينبغي
 ان تعان الطبيعة بعد ضم الجزء المكسور الى اصله بمنع تحركه بواسطة صفحة
 من رصاص ترتكز عليه وعلى الاسنان السليمة المجاورة له وينبغي ايضا تقصير
 الاسنان المقابلة له بالمبردات لمنع ملاستها وان كان الكسر بالعرض وحاصلا

او كسرها

في اكليل السن يقرب العنق فينبغي كي العصب السني لمنع التسوس ويوضع سن
بمدور من سلك وان كان الكسر بالطول ووصل الى اصل السن فلا يمكن ابقاؤه
ولا تثبيته وان انكسر سن في زمن النبت الاول فينبغي استئصاله لتدارك التهاب
وما يحصل عقب الكسر ويجب قلع سن مكسور باق في منبته ان كان سن صاحبه
من اثني عشر الى عشرين سنة والاسنان المجاورة للمكسور اذا تقاربت حصل
منها سد الخلل والحاصل بعد زوال السن المكسور

الرابعة انبرأؤها

واما الرابعة وهي انبراء الاسنان البطني الكائن على نسق واحد في جميعها فهو
امر طبيعي حاصل من حركة المضغ فليس حالة مرضية فان كان في الصغار وحاصلا
بسرعة لاعلى نسق واحد فهو حالة مرضية وسبب الانبراء العارضى خيبث
تركيب الاسنان وكثرة صريرها والاستيالة بالمسحوقات الجامة المتخذة من
جواهر حامضة والاعتیاد على مضغ الاغذية الجامة ومداومة المضغ على جانب
واحد واستعمال الاقام الاسطوانية الصلبة في جبقات الدخان ثم ان الجزء الحاصل
فيه الانبراء لا ينمو اصلا غيراته مع كثرة استعماله يحصل في تجويفه لابة عظمية
تصير عديم التآلم وكثيرا ما تصير الاسنان المبرية ذات حس كثير بلا مسة الاجسام
الباردة والحارة وتتضرر وتتآلم والتسوس لا يكون في الجزء الذي حصل فيه
الانبراء وجميع ما ذكر في الانبراء العرضي من الاسباب يكفي التمسك به في التحرر عن
اغلب هذه العوارض لتتدارك ويراد على ذلك ان الاشخاص الذين معهم الصرير
في النوم ينبغي لهم ان يضعوا كرة صغيرة من قطن بين الاضراس والسن الطويل
الذي يحك في لثة ايله يؤخذ زائده بالمبرد واذا انبرى السن وصار مؤلما قطع واذا تفتح
جوف سن من الانبراء ادخل فيه الرصاص الان كان هناك سيلان مادة
واذا تخالفت الاسنان في الطول بسبب الانبراء وحصل من ذلك آفة في الاجزاء
الرخوة المجاورة لها حسن تسويتها بالمبرد

الخامسة تفتتها

واما الخامسة وهي تفتت الاسنان فهو تفرق اتصال فيها غائرا وغير غائرا لكنه
لا يصل الى جوفها وذلك يحدث عن الصرير والتشنج او مصادة جسم صلب
او تاثير مبرد وتجو ذلك والتفتت بغير ضرورة الاسنان وشكلها ويصير عفا في بعض

الاحيان تتألم من حماسة الحار والبارد سيما الخوامض وحيث يكون التفنت
فلا يكون التسوس واذا حصل من التفنت تشوؤ سوى بالمبرد

السادسة زواله

واما السادسة وهي زوال طلاء الاسنان فيغلب تنوعه الى ثلاثة انواع الاول
يبتدى بنقط سمر او سودا على سطحها المقدم او على زاوية اكليلها ويحصل غالبا
من حماسة سن مسوس او متقرح او من التهاب الابرار رخوة وهذه تقف من ذاتها
حتى بعدت الحماسة عن السن المصاب والثاني يعرف بزوال نضارة الاسنان
وبافراط يافضها في الجزء المصاب والثالث يكون في الابتداء قليلا ثم يزيد في العمق
والعرض شيئا فشيئا وهذا ان اخبر ان يظهر انهما يحصلان من تأثير الجوهر
الحامضة المستعملة في المشروبات والاثية من المعدة وبحصلان ايضا من تجميع
عش من في المعدة او في باطن القم والمعالجة تكون على حسب هذه الاسباب

السابعة تسوسه

واما السابعة وهي تسوس اجسام الاسنان واصولها فمن المعلوم ان التسوس
مرض عام في جميع العظام لكنه يكثر في الاسنان خصوصا اسنان الصغار والشبان
والاناث مستعدون له اكثر من الذكور ويندر بعد الخمسين سنة واسباب التسوس
كثيرة فقد يكون من استعداد خصوصي في الاسنان وهو كونها ذات رخاوة
وسريعة التفنت او من تجميع في الاعضاء الباطنة من القم والاث الهضم او من نوازل
متوالية في اللثة او من احتباس عرق معتاد خروجه او من رض او كسر او من كثرة
استعمال الاطعمة والاشربة الطامضتين او من الاعتیاد على تناول الاطعمة
الحارة جدا والمشروبات الباردة جدا في وقت واحد او غير ذلك وقد شوهد كثرة
التسوس في سكان الاماكن المنخفضة الرطبة الاجنة والتسوس يكون في اكليل
الاسنان اكثر من اصولها والاضراس اكثر قبولا له من بقية الاسنان ويبتدى
غالبا في جوانبها واسنان الفك الاعلى اكثر قبولا له من اسنان الفك الاسفل وقد
يتفق ان اسنانا متقابله في جهة واحدة من القم او شين متشابهين في فك واحد
من جهتين تسوس في زمن واحد والتسوس لا يبتدى اصلا من قرب جوف
الاسنان ولا من عنق سن عار عن اللحم ولا اصله وتسوس الاسنان يمتاز الى جاف
ورطب وظاهر وباطن * فالظاهر يبتدى بنقطة سمر في جزء من السن

تسوس الظاهر

التسوس الباطن

تذهب معها انضارة الطلاء الطبيعية او تزال بالكلية ويظهر تجويف بكثر او يقل
عمقه ثم يزول جزء من السن وتتصاعد منه رائحة منتنة ويحدث الم شديد متقطع
في مدد طويلة او قصيرة من ذات السن او من محاسة جسم غريب له او من تأثير
الحار والبارد والتسوس الباطن في السن يظهر نقطة سمرادية ان يتغير
طلاؤه او تتصاعد منه رائحة منتنة او يكون في سطحه ثقب بل يوجد
في حفره سودا جافة لاحس فيها فاذا كان التسوس سطحيا غير غائرا بحيث
لم يصب الا الطلاء او جزءا صغيرا من السن ولم يصل الى تجويفه وجبت ازالة التسوس
بالمبرد او فتحته بالحقنة فان كان فيه تجويف وفتحته ضيقة رصصت لمنع تنوذ
الاطعمة والهواء فيها واذا كان التسوس جافا فمماساة الاطعمة الحارة والباردة
للسن ينشأ منها الم شديد وعلاجه ما ذكرنا بعد كي الخيط العصبي الداخل
في باطن السن واذا كان السن المتسوس مؤلما وكان الداء قيد غائرا ونسيل منه
دائما مادة منتنة وجب استئصاله اوازالة الجزء الذي حصلت منه تلك الاعراض
وثقب حفرته بنحو مسبار ووضع قطن مغموس في سيال عطري او سدها بقطعة
من شمع

الثامنة التهاب سنجها

واما الثامنة وهي التهاب غشاء مسخ الاسنان فقد يكون حادا وقد يكون مزمن
والمستعد لذلك النساء عقب الولادة فالالتهاب الحاد ينشأ من تأثر الهواء البارد
او غسل الرأس بالماء البارد واحتباس العرق او غير ذلك ويبتدىء بالم خفيف ثم يصير
حادا اذا ضربان في سن يظهر انه سليم ثم ترم اللثة وتحمرو وتؤل وقد يمتد الورم الى الخد
وهذا الالتهاب ينتهي بالتحلل او بالتقيح فتنبغي مقاومته بالغراغر المليئة والمخمدة
ووضع العلق على اللثة وبالمشروبات المليئة وبوضع الرجلين في سيال مصرف
والالتهاب المزمن يكون من تقيح معدى قليل الالم ينشأ عنه سيلان مادة منتنة
من بين الاسنان واللثة فينكشف السن من اللحم ويحرك ويعسر الشفاء من ذلك
في الغالب وعلاجه اولا قطع الاسباب ثم مقاومة الداء الموضعي بوضع العلق
والجامة وبعد تسكين الالتهاب تستعمل الغراغر المرة والقباضة او المتخذه من
الارواح والمضادة للاسكربوط وعلاج هذا الداء يختلف بحسب اختلاف اسباب

المرض وتنبئ اعانته بالمنغصات والسكى وبكل ما يحدث التقيح

التاسعة اوستويه
الاسنان

واما التاسعة وهي اوستويت الاسنان اعنى الورم العظمي فيها فيكون غالباً في اصولها فتساقط يكون في جميع طول الاصول وتارة وهو العالب يكون في بخره منها وينشأ غالباً من استحالة سمعها فيها الى العظمية ويصيب سناً واحداً او اكثر وربما اصاب الجميع ولا يعرف الا بعد استئصال السن ويستدل عليه قبل الاستئصال بالآلام الشديدة الغائرة وبانتفاخ سنخ السن ويقاوم هذا الداء في ابتدائه بالوضعية الموضعية المليئة والمحدرة وبالفصد الموضعي وبالمصرفات فان استمر الآلام قلع السن

العاشره نكروزيه
الاسنان

واما العاشره وهي نكروزيه الاسنان الذي هو موت عظم السن فيكون عقب التقيح وفساد منبت السن وينشأ غالباً من التهاب مزمن او غنغريني في الاجزاء الرخوة المحيطة بالسن وربما نشأ من تأثير الاجسام البادية والاسنان المصابة بهذا الداء يذهب لونها الطبيعي وتحرك زنته من ذاتها وقد تبقى موضوعة في منابتها ويسيل منها دائماً مادة منتنة وعلاجه استئصال السن

الحادية عشر التهاب
العصب السني

واما الحادية عشر وهي التهاب العصب السني فيكثر في الاسنان المتسوسة ويقل في غيرها وعلامته الم حاد يزيد عند قرع الظفر عليها يرفق ولا يمتد في ابتدائه الى اللثة والفلك فان استمر الى اليوم الثالث ولم يأخذ في التناقص امتد الى جميع عصب الوجه وقد يزول دفعة واحدة بحيث لا يبقى الا آلام خفيف وسبب هذا الالتهاب هو سبب التهاب غشاء اسنخه الاسنان وهذا الالتهاب يكون حاداً ومزمناً ودائماً ومتقطعاً ويعالج بالاشياء المضادة للالتهاب فان استمر الا لم كوى العصب وازيل بسهم حاد واستوصل السن

الثانية عشر القشور
الحفرية

واما الثانية عشر وهي القشور الحفرية فتحصل من افراز مرضي من اللثة او من تجمع اللعاب وهذه المواد تتجمع في الليل اكثر من النهار وتلتصق اولا على عنق السن ثم تنفذ فيما بين اللثة واصل السن واكثر تجمعها فيما بين الاسنان وتمتد على دائرها كليها ولون القشور المذكورة يكون اصفر وسنجانياً واخضر واسود وتكون من قوام الجين الى قوام الحجارة الجيرية وكثيراً ما تكون ذات صلابة شديدة وتكون

مع السن بحسب واحد وبعضها يتقشر عنه بسهولة وإذا صارت هذه القشور ذات حجم وصلابة فأنها تخرج وتقرح الخد والشفة واللسان وتحرل الاسنان وتبرزها الى الخارج وتحدث فيها رائحة متينة ومنظر اشنع فينبغي منع تكونها. فيف بالاسنان والاستيالك وغسل القم بالماء البارد وغير ذلك فإذا كانت في اتصالها مع الاحتراس الزائد على الاسنان سيما إذا كانت متحركة ومنكشفة من اللحم

الكلام على معالجة الاسنان

ينبغي للجراح ان يعرف اولاً ان امراض الاسنان كثيرة تنشأ عن عدم تدبير المأكول وعن التهييج المعدي وثانياً ان العوارض اذا لم تكن صادرة عن وقعة او ضربة او سقطعة ينبغي مقاومتها بالاشياء المضادة للالتهاب وبالمخدرات والمصرفات ويجهت في ابقاء السن المصاب ما امكن فان كانت صادرة عن ذلك فالعملية وحدها هي التي تزيلها وثالثاً ان النواصير والاحتقانات المزمنة وتبدس الاعضاء الرخوة والتسوس وموت العظم الحاصلة من امراض الاسنان تستدعي اولاً استئصال الاسنان وثانياً مقاومة هذه الامراض بالاشياء التي تقاوم بها اذا صابت عضو اخر من البدن * وقد ينافي كل مرض من امراض الاسنان العملية اللازمة به والمحتاج اليه هنا انما هو بيان كيفية اتمامها فنقول

عملية ازالة القشور
لحفرة

اما كيفية عملية استئصال القشور الحفرية فمن الاسنان فتكون باستعمال الات من فولاذ منها ما شكله كالمنقار ومنها ما شكله كقلم النقاش ومنها ما شكله كالمنحت وغير ذلك وتكون هذه الات حادة قليلاً غير مسنونة لتلا توثر في نقره طلاء الاسنان ثم يوضع المريض على كرسي غير مرتفع ورأسه مائلة الى جهة الخلف والالات تحت يد الجراح يأخذ منها ما يحتاج اليه العملية بحسب المواضع التي تكون فيها ويبدأ بازالة القشور الجحاور لعنق السن والتي تحت اللثة دائراً بذلك حول السن بالطول وهذه العملية تسهل اذا كانت الاسنان ثابتة فان كانت متحركة فلا بد من ان يستند السن بالاصبع وفي زمن العملية يسيل الدم

من اللثة وعند امتسائها بمحض المريض بالماء القاتر المزوج ببعض نقط من
روح العرق المعطر ثم تسول الاسنان بسوائلين او تمسح باسفنجة وتسفن
بمسحوقات او يافيون ان احتيج اليه

ترصيص الاسنان

والعملية التي بها يسند التجويف الحاصل من التسوس لمنع عماسة الهواء
والاطعمة يقال لها الترصيص ونستعمل فيها الاوراق الرقيقة من القصدير
والذهب والقضة غير ان اوراق الرصاص هي المستعملة كثيرا ويستعمل فيها
ايضا الشمع والمصطكي الا ان الصلابة فيها غير كافية وان لم يناسب ترصيص
السن لوجود مادة فيه كفي وضع قطعة من قطن مغموسة في ماء كولونيا
او في سيال عطري اخر اتصون السن عن عماسة الهواء وتتشرب المادة السائلة
وتمنع الرائحة الرديئة الحاصلة من التقيح وكيفية هذه العملية ان يجلس المريض
على كرسي كما ذكرنا ثم يزيل الجراح جميع ما يمكن ازالته من الاجزاء المتسوسة
بالنخات وينظف جوف السن بنحو ابرة يلف على طرفها قطن ثم يأخذ قدرا كافيا
من الاوراق الرقيقة جدا من رصاص او قصدير او ذهب او غير ذلك ويحببه بين
اصبعيه بحيث يكون حجمه قدر التجويف ثلاث مرات ثم يدخل ما حببه بالخرز
الذي لاسن له شيئا فشيئا ويغمز عليه غمزا شديدا لئلا به جميع تجويف السن
وليكون ثابتا فيه دائما ثم اذا امتلأ هذا التجويف تزال الخشونة الحاصلة
من المعدن الذي رصص به بالمبرد ويصقل سطحه بالخرز وهذا الجسم الغريب ربما
اتعب المريض بعض ايام ثم يترن عليه ولا يكاد يحس به وقد يحصل بعد الترصيص
الم شديد فان استمر اخرج المعدن ثم ينتظروا وقتا اخر اجود للترصيص

عملية برد الاسنان

وكيفية عملية برد الاسنان ان يجلس المريض كما ذكرنا والمساعد خلفه يثبت رأسه
لتم العملية باتقان فان اريد فصل الاسنان المتقاربة جدا اقال يبرد ما به التلامس
والمبرد المستعمل فيما اذا كان التسوس في سنين معا يكون مسطحا يبرد من الجهتين
والمستعمل فيما اذا اريد برد سن واحد يبرد من جهة واحدة فقط والجراح
يقف من جهة يمين المريض ويمسك المبرد بيده اليمنى ويسند باليسرى ويعددها
الشفة واللسان لئلا يصيبهما وينبغي ان يكون مسك المبرد متقنا لئلا يزوغ منه

ويجبر به بلفظ مع تساوي حركاته ويرى البرد حيناً بعد حين لا يحدث من حركته
حرارة تؤلم السن وان لا يصل بالبرد الى عنقها لان ذلك يزيل ارتكاز السن على
السن المجاورة فينشأ من ذلك تقاربهما ولا تنجح العملية * وفائدة كي الاسنان
زوال العصب السني ليهرب الم السن بدون ان يعدم وهو اما بالجواهر الكاوية
او بالنار وكيفية اتمام الكي بالحديد المحمي ان يجلس المريض كما ذكرنا ويأخذ
الجراح مجساً منحنياً قليلاً بسن او بلا سن ويحسميه في نار شديدة حتى يبيض
ثم يفتح فم المريض ويبعد باحدى يديه شفتيه ويمسك بالثانية المجس المحمي ويدهن
بسرعة غايصة في التسوس وقد يحتاج الى اعادة الكي مرات ويستدل على نجاح
العملية بادخال الماء البارد في الفم من غير ان يحصل منه الم في الحال فان حصل
فالعملية غير تامة وبعد اتمام الكي تغسل الاجزاء المكوية ويغسل التجويف قطناً
مغموساً في ماء ممزوج بروح وينشف فان امكن بعد ذلك ترصيصه فعل ولا ينبغي
كي الاسنان بالثار مع وجود الالم لان ذلك يزيد به بل يكون بعد زواله

كي الاسنان بالحديد

كيها بالجواهر

والكي بالجواهر الكاوية يكون غالباً بانواع القلي الكاوية وبحمض الكبريت
وبحمض ملح البارود فتؤخذ كرة صغيرة من قطن وتغمس في هذه الجواهر
وتوضع في التجويف الحاصل من التسوس فيزول بها عصب السن الناشئ منه
الالم وينبغي الاحتراز الزائد عن اصابة هذه الجواهر اللسان وباطن الفم
ثم ان فائدة استعمال هذه الجواهر ازالة الالم في الحال الا ان الاحسن منها
استعمال الحديد المحمي

ازالة العصب بالسهم

واذا لم يستعمل الكي في ازالة العصب السني ازيل بالسهم الحاد فانه ينفع خصوصاً
في الاسنان الغير المتسوسة وكيفية ان يأخذ الجراح مجساً حاداً قاطعاً ويدخله
في الجحري السني غايصة فيه ويجر كحكي يزول العصب

آلات قلع الاسنان

والالات المستعملة في قلع السن مفتاح جراحى والكبستان المستقيمة والكبستان
المنحنية والبيجة ورجل الايل والرافعة المستقيمة والطاردة وغير ذلك فمفتاح جراحى
يستعمل في قلع جميع الاسنان خصوصاً الاضراس الكبار والكبستان المستقيمة
والنصفه منحنية يستعملان في قلع الاسنان القواطع والبيجة تستعمل

استعمال الكلبة

استعمال مفتاح

في خصوص الاضراس وربط الاذن والرافعة المستقيمة والطاردة لا تستعمل الا في قلع الاصول التي لا يمكن مسكها لتغطيتها بالثنية وكيفية استئصال الاسنان القواطع والانساب بالكبتين ان يجلس المريض كما ذكرنا ويمسك الجراح الكلبتين المستقيمة بيده اليمنى ويقبض بها على السن المراد قلعه قبضا لا يجاوز به حد العنق من غير حصر عليه لئلا يفتته مع الاحتراس عن اصابة اللثة ثم يحركه السن برفق فحينئذ يستدار يا يمنة ويسرة قليلا ثم يجذبه على الاستقامة وبهذا يتم استئصاله

وكيفية استعمال مفتاح جراحي في قلع الاسنان ان يجلس المريض كما ذكرنا والجراح يقف قبالة ويمسك المفتاح فيما بين السبابة والوسطى من اليد اليمنى بحيث تكون يد الالة في بطن الكف ثم يدخله في فم المريض من الجهة الباطنة لعنق السن بعد ان يلف على عقب الالة نرقدة ويركزه على سطح اللثة الظاهر امام طرف اصل السن فان كان من الفك الاعلى ثبت بابهام اليد اليسرى كلاب الالة على السطح المذكور وان كان من الفك الاسفل ثبته بالسبابة من اليد المذكورة ثم يدور بالالة على السن نصف دورة درجية من الداخل الى الخارج برفق حتى يتم استئصال السن واذا لم يتم خلعه بالة تحرّج ببل بقي معلقا ثم بالكبتين المستقيمة والمنحنية وفي قلع الاضراس الاخيرة يركز الالة على السطح الباطن للثة ويقبض بالالة من الخارج الى الداخل وبهذا يتم قلعه وكيفية مسك المفتاح باليد تختلف باختلاف الاسنان التي يراد قلعه فتكون اليد منقلبة على ظهرها في قلع الاضراس السفلى من الجهة اليمنى والعلية من الجهة اليسرى ومنبطحة في قلع الاضراس السفلى من الجهة اليسرى والعلية من الجهة اليمنى واذا كانت الاضراس متحركة قلعت بالكبتين المنحنية فمسك الالة باليد اليسرى ويحركها السن برفق حتى يستأصل على الاستقامة ووقوف الجراح يكون قبالة المريض من الجهة اليمنى وقف قبالة من الجهة اليسرى فان كانت

قلع جذور الاسنان

واذا اريد استئصال اصول الاسنان وكانت ظاهرة بقدر ما يمكن فيها كلاب

مفتاح جرائع وقلعت به فان كانت غائبة وخفية في اللثة استعمل فيها رجل الابل
والطاردة او الرافعة وقد تحدث عوارض تستدعي شق اللثة او كسر جزء صغير
من الجهة الظاهرة من المنبت لكشف اصول الاسنان واذا حدث نزيف واخر
عقب استئصال سن ينبغي له عملية السد بنسالة سغموسة في ماء قابض او بقطعة
من شمع لين تكون على شكل هيئة منبت السن فان لم يكف ذلك كوي بالحديد
الحبي

بجمل اسنان مصنوعة

واذا سقط سن او اكثر حصل من خلوه محل نشوه ونقص في اتقان الكلام وعسر
في المضغ فينبغي لازالة ذلك وضع اسنان مصنوعة في مكان الساقط وصناعة
وضعها وتثبيتها اخترعها اناس في اوربالايعالجون من الامراض الاسنان
ولا يعملون اذا العمليات الخاصة بالضم ويقال لهم المستنون وقد بلغت هذه
الصناعة غاية الاتقان من حيث انه يمكن وضع سن مصنوع يقوم مقام السن
الطبيعي في جميع وظائفه وتتخذ هذه المصنوعة من جواهر مختلفة ويقال انها
تصنع من عظام جميع الحيوانات كالعاج واسنان الخيل واسنان الاسن
وهو حيوان يعيش في البر والبحر وغير ذلك ولكن الاجود على الاطلاق اسنان
البشر والغالب ان تكون هذه المصنوعة بدل القواطع والانياب وربما كانت بدل
الاضراس وقد استعملوا التثبيتها بجله طرق سواء كانت سنا واحدا او اكثر والجميع
في فك واحد او في الفكين معا * وينبغي في وضع الاسنان ذوات العقب
ان تكون الاصول المنسوسة او المنكسرة باقية في موضعها فتسوى بالمبرد ويرال
من جوفها العصب بماد كرا ثم يؤخذ سن بشري ويبرد حتى يصير على شكل
السن الاصل وينشر امله ويحفر ثقب في طوله من جهة القطع ليوضع فيه عقب
من ذهب او فضة يدخل احد طرف في ذلك العقب في السن الجديد ويترك الطرف
الثاني بارزا يلف عليه قليل من الحرير ويدخل في القنطرة السنية من الاصل
القديم ولا يكون الحرير في الاصل جافا يشرب بعد دخوله في المنبت وطوبى
فينتفش ويحصل بذلك ثبوت السن * واذا كان اصل السن معدوما واريند
وضع سن مصنوع كانت العملية عسرة وهي ان يؤخذ قالب خلو السن المعدوم

سن بعقب

سن بمشبك

وقالب السنين او الثلاثة المجاورة له في شمع لين ويسكب فيه بعد دهنه بنحو زيت
جديس ناعم محلول في الماء فيجمد هذا الجبس ويصير قالباً محكماً للجهة التي
يراد وضع السن فيها ثم يصنع السن على قياس هذا القالب ويوضع وضعاً محكماً
في المجل الخالي ثم تؤخذ صفيحة صغيرة من ذهب وتثبت على السن المصنوع
من جهته الخلفية بمسامير صغيرة داخل فيه وطرفاً هذه الصفيحة يرتكزان ويثبتان
على السنين المجاورين للسن المصنوع بواسطة ثقب في كل طرف يتقذف فيه خيط
شمع او سلك معدني وهذه العملية كما تكون في سن واحد تكون في اسنان كثيرة
واذا كانت اسنان الفلن معدومة بالكيفية غير انه يوجد فيه بعض اصول تسكن في
في رضع الاعقاب امكن حينئذ وضع الاسنان المصنوعة بسهولة واذا اعدمت
اسنان الفكين معا واريد وضع اسنان مصنوعة فيهما جمع الطرفان مع بعضهما
بذلك ملول من ذهب قابل للانقباض والانبساط ويسمى اللولب الحلزوني
فاذا رضع ووضعاً محكماً على منابت الاسنان وثبتت باللولب ثبتوا قويا امكن
استعمالهما في المضغ كالاسنان الطبيعية وقد يحصل من وضعها على الكيفية
المذكورة الموعوارض النهائية فينبغي حينئذ رفعها حتى تزول تلك العوارض
ثم تعاد ولواط لنا الشرح في ذلك على ما تقتضيه الصناعة في ايضاح جميع
كيفيات وضع الاسنان المصنوعة لما كان يكفينا في ذلك مجلد كامل ولكن
اكتفينا بهذا التوضيح الوجيز وقد تم الكلام على الاسنان

المبحث الخامس في آفات الحديد واعضاء اللعاب

الجروح

امراض الحديد ثلاثة الجروح والاورام والنواصير فالجروح فيهما تعالج بتقريب
حوافها وحفظ ذلك بالزقفة الزرجية ولا تحتاج الى الخياطة الا اذا امتدت
الى زاويتي الفم فتحتاج الى غرزة خياطة بقرب هذا المحل لمنع التشوه واذا حصل
انفصال في القناة اللعابية وخشى منه تكون ناسور في القناة اللعابية فليحترس
من ذلك بفتح مجرى في الفم للعاب ومنع خروج اللعاب من الجرح الظاهر بوضع
جسم غريب فيما بين شفتي الجرح من الباطن كبعض نسالة تثبت فيه بخيط

يخرج من الباطن الى الظاهر واذا كان الجرح غير شاغل لم يكن اندكاه فينبغي
ثقبه في المحل المحاذي لافه القنطرة العيانية * والاورام في الخدين تنشأ كثيرا
من تأثير الهواء والم الاسنان واحتباس العرق ومعالجتها تكون بالاشياء التي
تستعمل في جميع التجمعات الدموية * واذا كان مع جرح الخد زوال جوهر
واندمت كل حافة من حافتي الجرح على حدها كان هنالك ثقب يسبب في منه
الاعاب الى الخارج بمقدار وافر عند الاكل او التكلم ويزال هذا التشوه بتدسية
الحافتين ثم انضمامهما بالخيطة اللصية واذا لم يتقد الجرح في سلك الخد والتحت
الحافتان من الظاهر من فصلتين نيج تشوه ايضا فيزال هذا التشوه بالتدسية
والانضمام ايضا فان تقذو كان معه زوال جوهر كبير بحيث تكون العملية
المذكورة غير نافعة فينبغي وضع سدادة في الفتحة الغير الطبيعية مركبة
من صفيحتين منضمتين بواسطة عتق فيهما يوصل بينهما والظاهرة منهما تصبغ
بلون المحل الذي هي فيه من الوجه

الاورام

النواصير

الكلام على آفات اعضاء اللعاب

من بطله امراض الغدة المسماة بالنكفة نواصير في نسيجها والاورام
الاسكروسية فيها والخصى اللعابي ونواصير قنواتها والنفخ * والقروح
التدمية والجروح الجديدة التي تصل الى نسيج النكفة ومعها كثير آفات في بعض
الفروع الدافعة للافرار من الغدة ونواصيرها في خلف زاوية الفك ومعالجتها
هذا الداء تكون بانضمام حوافي الجرح ثم بالضغط عليها وعلى الغدة ضغطا شديدا
ليحصل الالتحام ثم يؤمر المريض بالحمية القوية بعض ايام وبعد عند جميع الاشياء
التي تنبه قابلية الاكل وتوقف حركه افراز اللعاب المراد منه فان لم يقع ذلك او كان
الجرح متسعا جدا بحيث لا يمكن ان تقارب حوافه كوى الجرح بالحديد المحي
او بجوهر كاوقوي او ضعيف ليجث في سطح الجرح التهاب فيحصل منه الالتحام
القنويات اللعابية الظاهرة

نواصير النكفة

ايسكروس النكفة

المريض لئلا يحرك التنفس والارتداد بضغطة اليد او عينة الغلاظ المجاورة لها
فينبغي ان يستأصل الورم بشرط ان لا يكون امتدودا جدا الى ان اصاب
السبائين والاعصاب المجاورة لهما وكيفية العملية ان يكشف الورم بالنوع
المناسب من اشكال الشق السابقة وابتداء من الاذن الى قاعدة القلعة ثم يسلم
الجلد من اسفل الى اعلى ومن خلف الى امام لرفع الورم وقلبه على الخلد شيئا فشيئا
وكل ما فتح من الاوعية يربط ومن الامور الخطرة ان يكون سرطان النكفة لا فاقا
على الشريان السباتي فينبغي حينئذ ربط هذا الشريان من اسفل ومن اعلى
وعملية استئصال الورم من اعظم عمليات الجراحة واستعملت بعض خيرات
فصل منها نجاح ولكن لكونها خطيرة جدا لا تستعمل الا عند شدة الاضطرار
اليها وذلك عندما تكون حياة المريض سريرة الهلاك

وجود الحصاة في قنوا
اللعاب

وتكون الحصاة في القنوات اللعابية نادرة جدا وحينئذ فتستأصل من الجهة
الباطنة من الفم بشق الكيس المحتوى عليها وكيفية ذلك ان يغمر على الحصاة
الى الداخل مع شذوذية الفم الى الخارج ثم يؤخذ مشرط ملفوف على نصله خرقة
الى قرب سنه ويدشق بسننه الكيس شقا كافيا لخروج الحصاة فان كانت مغطاة
بالجلد فقط وكان محاذيا لسانه مفتوحا فينبغي توسيع الشق لاجها ثم يعالج
الجرح بما هو معلوم

نواصير قنات النكفة

واذا انفتحت قناة النكفة في جروح الخلد سال منها سببا لاصاف لالون له يزيد عند
التكلم والمضغ ولعلاج هذه النواصير ثلاث طرق جراحية * الاولى اذهاب داء
القناة وارجاعها الى حالتها الطبيعية الاصلية الثانية حبس افراز اللعاب
الثالثة احداث ناصور باطنى يقاوم الناصور الظاهرى ليتحول اللعاب فيه
حتى يتم التحام الناصور الظاهرى * ولا تمام العملية الاولى ينبغي اولا
ليتحقق ان الفتحة الباطنة للقناة ليس فيها عائق ان يدخل في الجرح مسبرد وزر
يوضع موجهها من الخلف الى الامام ومن الظاهر الى الباطن ومن اعلى الى اسفل
قليلا على حسب اتجاه القناة وينبغي ليصل المسبار الى الفم ان يمدد الخلد حتى
يزول التحبب الحاصل من طرف القناة فان كان هناك جسم غريب ساد للقناة

لشفاء النواصير ثلاث طر

الاولى المعالجة

وما منع النفوذ فيها بؤدربا خراجها وانما كانت القناة ضيقة تدخل المسبار في الجرح
الى ان يتخذ في القم لاجل ان يحصل خزام في الجرح بان يربط على اعلى زده شريط
حرير وسحب المسبار مع الخيط ثم يحل الخيط من المسبار فيبقى الخيط في الجرح
واحد طرفيه من الجهة الظاهرة والطرف الثاني خارج من القم فيربط فيه بعد
ترك جزء منه قبيل من قطن او نسالة ويسحب الطرف الذي في الجهة الظاهرة
حتى يدخل القليل في نحو ثلثي القناة من الباطن والطرف الظاهر يثبت
في طربوش المريض والطرف الخارج من القم يثبت بقرب زاوية القم بمسند
من صندل مصغ ويزاد في حجم القليل تدريجا يحدث في القناة اتساع طبع
ثم اذا سلكت القناة تكوي حواف الناصور بالجرا الجهنمي ويوضع على الخشكرشة
لزقة لزجة وقطعة من صندل مصغ ويؤمر المريض بالجمية نحو عشرة ايام
او اثني عشر ويا طباقفه وبالتحرز عن جميع ما يشير افراز اللعاب وهذه العملية
في الغالب لا يحصل منها ثمرة * واما شفاة تفرق الاتصال السائل منه اللعاب
فيكون بضغط القناة النكفية من الخارج ليعتبس اللعاب ولا يخرج منها فيحصل
الاتحام ولكن هذه العملية عسرة جدا لعدم امكان الضغط المحكم على الدل
* وفي عملية احداث الناصور ينبغي ان يشق الخد بالة صغيرة تسمى البزلة ووزنه
الالة تكون متعمدة في ابوابها وتدخل في الجرح الناصور من الخلد خولا معروضا
وتنفذ فيه على حسب اتجاه القناة وينبغي التحرز عن اصابه الحافة المقربة للعضلة
المضغية ويربط في الانبوبة خيط من حرير ثم يسحبان معا ويحل الخيط من الانبوبة
فيبقى في الجرح واحد طرفيه من الظاهر والثاني خارج من القم ثم يربط في هذا
الطرف الثاني بعد ترك جزء منه قبيل من قطن او نسالة ويسحب الطرف الذي
في الجهة الظاهرة حتى يدخل القليل في نحو ثلثي القناة من الباطن ويزاد في كل
مرة حجم القليل على التدريج وهذا كله مع ثبات الطرفين تغير ما سبق في عملية
اتساع القناة ثم اذا فاربت القناة الغير الطبيعية الاتحام من حواف الجرح
الظاهر وتضم بالزقة الزرجة

الثانية حبس اللعاب

لثلاثة احداث ناصور اخر

والضفدع ورم يتكون اسفل اللسان ويكون من تجمع ما في قناة الظاهرة

الضفدع

اللغة أسفل الفك ويقال لها لغة أسفل اللسان وتسمى هذا الورم بهذا الاسم
 اما لكونهم ظنوا شبهه بالضعف اولان المصاب به يتكلم بعسر ويكون في صوته
 مجموعة شبيهة بصوت الضفدع وهذا الداء يغلب في الاطفال وسببه سد القناة
 اللعابية السفلية للغة تحت الفك وهذا الورم رخو متوج قليل الالم وربما كان
 من جانب واحد او من الجانبين وربما عظم حجمه فيدفع الاسنان الى الامام
 واللسان الى الخلف فعسر الكلام والمضغ والازدراد والتنفس وغير ذلك وجدار
 كيس الضفدع تارة يكون مميكا وتارة يكون رقيقا ويحتوي على لعاب كثيف
 سخيا في اللون او اصفره ثم ان الغالب ان يكون سد القوامة الظاهرة للقناة حاصلا
 من وجود حصاة فيها ومع ذلك يسهل وجود القوامة الظاهرة المذكورة ولو كانت
 مفسدة بالحصاة وطريقه العملية لشفاء الضفدع تكون بفتحة يستفرغ منها
 السيل المتجمع في الورم وهذه الفتحة تكون ناشئة من زوال جوهر يقص بالمقص
 المصني على سطحه فان كان هناك حصاة لعابية اخرجت ثم قرب جدار الورم ويتم
 الشفاء باستحالة الجرح الى ناسور ويكون هذه الفتحة من جهة اللسان اولى
 من ان تكون من جهة الاسنان القواطع لتلايقذف اللعاب خارج الفم عند
 التكلم ولا بد من ان يستدام فتح الجرح الحاصل في الضفدع بوضع قنبيل من نسالة
 فيه او ميل او اى جسم غريب كما صرح ذلك بالتجربة لان سده بولد الداء ثانيا

المبحث الساوس في افات اللسان وهي سبع

الاولى طول قيد

الاولى طول قيده فقد يولد الطفل وقيد لسانه ممتد من اصل اللسان الى طرفه وبذلك
 يثبت اللسان في الجهة السفلى من الفم ولا يتمكن من رفعه ولا من تحريكه بحركة
 الارتضاع فيتعذر عليه ان يلتقم حلبة الثدي او يعسر عليه ذلك وتعرف منه هذه
 الحالة بادخال الاصبع في الفم فيدركه انه لا يقدر على مصه بلسانه واذا لم تعلم بذلك
 فليستقص بالاصبع جميع الجهة السفلى من اللسان وكذا يعلم ذلك بالمشاهدة
 وطريق عملية قطع القيد ان يفتح الجراح فم الطفل فان تعسر عليه فتحه فليمسك
 انفه برفق بين اصبعيه ليفتح فمه بالبكاء ثم يضع تحت لسانه صفيحة الجبس القنوي

التي فيها فريجتيدخل فيها القيد ويرفع بالصفيحة اللسان فيبتد القيد الداخل
في فريجة صفيحة الجحس ثم يأخذ عقصا مستقيما لاسن له ويدخل طرفه تحت
الصفيحة ويفصل الجزء الزائد من القيد وهذه العملية وان كانت اسهل العمليات
الا انه شوهدها موت المصاب بسبب جرح الشريانين الصريدين اللذين تحت
اللسان وذلك يخفى في الطفل كثيرا لانه يمتص الدم السائل من الشريان ويردده
كلما سأل ولا يعلم ذلك منه الا بعد اليأس من شفائه وطريقة الاحتراس عن
الشريانين ان ينكس طرف المقص قليلا وقت القطع واذا وقع هذا العارض ينبغي
حالا وضع طرف ابرة محمية بالنار في فوهة الشريان الخارج منه الدم

الثانية التصاقه
بجدران القم

الثانية التصاقه بجدران القم فقد يولد الطفل لسانه لا يتحرك الحركات الخاصة به
وذلك لالتصاقه باللبة او بالجدار الاسفل للقم وينبغي في ذلك فصل الالتصاق
بالمقص او بالمشرط ذي الزروت ومن المرضعة بان تضع اصبعها من ان كثيرة فيدابين
شفق الجرح لمنع عود الالتصاق

الثالثة جروحه

الثالثة جروحه فاذا كانت جروح اللسان غير عميقة وغير عمدة فلا تعالج بل تترك
للشفاء من ذاتها فاذا انفصل معظمه فليحفظ بخياطة متقطعة يحصل بها تماس
الجزئين وانغمماهما ثم ان النسيج الوعائي ونسيج اللسان واللحباب المندى له على
الدوام يهيئون الجرح للشفاء - ريعا حتى في الجروح المنخفضة

الرابعة اتفاحه

الرابعة اتفاحه الاتهابي فكثيرا ما يحصل في اللسان تجمع دم كثير يزيد منه جرحه
في زمن قليل زيادة وافرة ويبرز خارج قوسى الاسنان وعلا القم فيرفع اليه اذ يركاد
المريض ان يموت مخشوقا من ضيق النفس وينبغي مقاومة هذا الدم ريعا
بالقص والموضعي وهو ان يشترط بالمشرط ثلاث شرطان اولها طوله ثلث
بمشرط مستقيم فيحصل منه استفراغ دم وافر يزيل ما قيد من الاحتقان فان هذا
التشرط لا يظهر بعد ذلك في اللسان الا كخدش صغير واما اذا كان الخدش في هذا
الداء قليلا فيكفي وضع نحو ثمان علقا او عشرة ثم تستعمل نعر غر شبيهة وبذلك
يتم الشفاء

الخامسة زيادة حجمه

الخامسة زيادة حجمه زيادة عظيمة وقد يوجد من الناس من يكون لسانه كبيرا

كبير خلقة وإذا تجمعا كثر الغذاء اليه ازداد حجمه جدا وكذا وجد منهم من يبرز
لسانه خارج الفم بقرار يط كثيرة في قلب اسنان الفك الاسفل ومنابتها وتسبب
عن ذلك اضاعة اللعاب خارج الفم وعثر ازدراد الاطعمة فيحصل في البدن
هزال مفروط واذا وجد الاستعداد لذلك في الاطفال فلا بد لهم من طبق الفك
لترجع السننم الى جهة الخلق ولا تخرج من الفم واذا عظم حجم اللسان بحيث
لا يسعه الفم قطع الزند بالة فاطعة بالعرض او بشق فوي شكله هكذا γ ثم يضم
بغرز خياطة ويسيلان الدم من القطع يزول الاحتقان الباقي في اللسان ويتم
الشفاء

السادسة قروح

السادسة قروح الفم واللسان تنشأ كثيرا من احتكاك في سن خشن خارج عن
الاستقامة متاومسوس وقد تنشأ عن الداء الافرنجي وسعالها تكون بازالة سبب الداء
اما ببرد اسن او باستئصاله او بمقاومة الداء الافرنجي بالادوية المضادة له

السابعة سرطا

السابعة سرطان فاذ احدث في اللسان قرحة صادرة عن اى سبب كان ومصحوبة
بتهيج وانها وبخشي انقلابها الى السرطان فينبغي استعمال المضخات المليئة
والمسكنة ووضع العلق مرات حول تفرق الاتصال مع الحمية الشديدة والمشروبات
المرققة لادم المسهل اسهال لطيفا والراحة الكلي للسان فهذه الاشياء هي الناجحة
في ذلك ولو اصاب الداء السرطاني نسيج اللسان واذا لم تنفع هذه الاشياء ولم يزل
المرض يزداد والالم يشتد وبصيرنا خسا ويسيل من القرحة مادة منتنة خبيثة
تنبغي العملية * وكيفيتها اذا كان الزر السرطاني في طرف اللسان فقط ولم يمتد
الى غيره ان يشق عليه بمشرط شقان يحيطان به ويلتقيان على نقطة خلف الزر
السرطاني فيكون شكله قويا اى مثلثا وقد يستعمل المقص بدل المشرط ثم تضم
حافتا الجرح بغرزتين او اكثر من الخياطة على حسب الحاجة وبعد الالتحام
لا تنقص سعته ولا يتغير شكله ولا تتعطل وظيفته ولا يتغير من ذلك كله
* واذا كانت القرحة السرطانية في جانبي اللسان فينبغي ان يبرز اللسان
الى خارج الفم ويقطع جميع الجزء المصاب بشق هلالى يحيط بالداء كله ويرال
والجرح تتقرب حافته من ذاتها ويرزول انما الحاصل من ازالة الجزء السرطاني

عملية استئصال السرطا
من طرف اللسان

استئصال السرطان
جانبي اللسان

واذا اصاب السرطان جميع طول اللسان او جزاً من طرفه وجب قطعه بان يؤمر
المريض باخراج لسانه ويمسك الجراح بكلا يدي يده اليسرى ويمسك بيده اليمنى
مشروطاً مستقيماً اذا ويقطع به عرضاً من جهة الخلف للدا ما يزول به جميع ما كان
فيه اثر احتقان سرطاني دفعة واحدة ثم يكوى محل القطع بمعدية محمأة مسطحة
ليحبس النزيف ويؤمر به باقى السرطان ومن المعلوم ان تعسر وظايف اللسان
حينئذ تكون على حسب الجوهر المزال صغيراً وكبيراً

المبحث السابع في افات اللهاة واللوزتين وهى اربع

الاولى استطالة الغلصمة فقد يعظم حجم الغلصمة حتى تخرج عن حالتها الطبيعية
ويمس طرفها قاعدة اللسان فيحدث ثعب وحركات ازدرادية متوالية وقد تنزل
الى فتحة الخنجر فتخرج الاعضاء المجاورة وتحدث سعال دائماً ينطن انه حاصل من
التهاب من من في الصدر وقد تحدث هذا التهاب وقد تزيد في الطول وتنبس وتنفخ
وترق وتلين وتقرّب الى الشفافية فينبغي لازالة الالم الحاصل من الاستطالة
المذكورة ان تقطع وكيفية قطعها ان يضعف فم المريض وتمسك الغلصمة بالمقاط
وتقص من جانبها بالمقص الطويل المنحني على سطحه بان يدخل حتى يحيط بجوانبها
ثم يقصها دفعة واحدة فهذا يشبه القطع بالعرض في مرة واحدة والاولى ان يزداد
في قطعها قليلاً فانها لو قطعت الى اللهاة لا يحصل منها سرور

الاولى استطالة الغلصمة

الثانية انشقاق اللهاة طولاً فان اللهاة كالشفة معرضة لانفصال خلقى يكون
في وسطها طولاً كالشفة الارزنية وهذا وان كان نادراً لكنه يتعب حركة الازدراد
وبالخصوص حركة الصوت وقد تكون هذه الافة معدومة بالشفة الارزنية كما تقدم
وكانت القدماء لا تعرف طريقة شفاء هذه الافة حتى ظهر جراح في باربريس
روا اختراع عملية كعملية الشفة الارزنية في ادماء حوافي تفرق الاتصال
وتقريبهما بواسطة الخياطة * وكيفية هذه العملية ان يلبس المريض على
كرسي قبالة شبالة نير جدا ورأسه مائل الى جهة الخلف ومثبت على سهـل مساعد
والجراح يقف قبالة وجهه ويفتح فاه فتحة واسعة ويضع في كل زاوية من زاويتي الفم

ثانية انشقاق اللهاة طولاً

عملية المعلم رو

سدادة بثبتها المساعد فيها خوفا من انطباقه ويصكون مستحضرا على ملقاط
ومشرط ذي زردا برتين هلاليتي الشكل ينظم فيهما خيطا واحدا مشبعا ثم يمسك
بالمقاط احد جزئي الغشاء ويدهي بالمشرط ذي الزر حافتي التفرق بان يمر بالمشرط
على احدهما من اسفل الى اعلى فيقطع منها عرض قطعة ويقفل كذلك في الحافة
الثانية ثم يوصل الابرة الى اخر الخلق بواسطة آلة تسمى جمالة الابرة ويتخذها في احد
جزئي اللباسة من الخلف الى الامام متباعدة ابها عن حافة الجرح بقدر قطعة ونصف
وكذا يبعد هذا المقدار عن الطرف المتوج الذي تبتدى منه الخياطة ثم يدخل
الابرة الثانية في الجزء الثاني على هذا النسق ثم يخرج الابرة من الخيط ويمسك
طرفي الخيط من خارج الفم ويعقدهما حتى تصل العقدة الى السطح الظاهر من
الغشاء ثم تقطع الخيوط عند العقدان احتيج الى عقدة ثانية او ثالثة بحسب تفرق
الاتصال فلتكن على هذا النسق وينبغي للمريض ان لا يتكلم ولا يزدر شيأ مدة
اربعة ايام ويحقق في هذه المدة بحسن مغذية حفظ القوت وبتم الالتحام الكامل
من اليوم السابع الى العاشر فتزال الخياطة ويتم الشفاء ويرجع الصوت الى اصله
الطبيعي ويحصل ذلك شيأ فشيأ وهذه العملية تستدعي كثرة حذق وسرعة يد من
الجراح وامتثالاً وصبراً من المريض

الثالثة انتفاخ مزمن
في اللوزتين

عملية مستعملة عمود

الثالثة انتفاخ اللوزتين فقد يعرض للوزتين تهيج اذا طال او تواتر نشأ عنه فيهما
انتفاخ وتيبس والانتفاخ الايسكيري فيهما نادراً فاذ اوقع وازداد حجمهما منه
تعسر الازدراد والتكلم والتنفس ثم ان كان جديداً سهل شفاؤه بالغراغر الغسالة
والقصص الموضعي وجميع ما يقاوم به التهيج الخلق وان مكث سنين كثيرة وكان معه
تيبس الانسجة فقطعه اولى وكانت القدماء تستعمل لذلك طريق المزق والربط
والسكي والشق واما الان فجميع هذه العمليات تركت بالكلية والعملية المستعملة
الان في قطع اللوزتين هي ان يمسك رأس اللوزة بمقاط مكلم يمسكه الجراح بيده
اليسرى في عملية اللوزة اليسرى وباليمنى في عملية اليمنى ثم يؤخذ مشرط ذو زرد
مقعر الحد ملفوف على حده خرقة الى قرب سنه بغيراط ونصف ويقطع به الورم من
اصلة دفعة واحدة من اسفل الى اعلى وينبغي لمن يحصل لهم قلق عند العملية

ان تحفظ فتحة الفكين منهم بواسطة قطعتين من خشب القلين بوضع ان فيهما بين
الاضراس والزيف الكثير بعد العملية نادراً فان حصل تزيف قليل فالغزوة بالماء
الممزوج بالخل تقطعه ووسطح الجرح يتقيح قليلاً ثم يلتئم سريعاً ولا يفلح واثربروز
اللوزتين

الرابعة: خراج اللوزتين

الرابعة خراج اللوزتين فكثيرا ما ينتهي الالتهاب الشديد في اللوزتين بخراج عظيم في نسيجهما ويعرف باللين ولعان السطح فيستقرغ الصديد المحتبس فيه بان يؤخذ مشروط يلف على حده خرقة حتى يبقى نصف قيراط من طرفه ثم يفتح به الخراج فيخرج ما فيه بسهولة

المبحث الثامن في آفات البلعوم والمرى وهي أربع

الاولى الجروح بجروح البلعوم الحاصلة من الآلات القاطعة في مقدم الجهة العليا
من العنق نادرة جدا لان غضاريف الخجيرة تصونه غالباً عن مثل هذه الافات
وفي الجهة السفلى من العنق في الجزء الضيق من المريء انه ينظر الغور في الوضع
ولتقدم القصبة والشريانين السباتيين على هذا الجزء في اصابات الآلات القاطعة
ومع ذلك فاذا وقع الجرح في احد هذين العضوين فليبل الجراح رأس المريض
الى الامام ثم يضم الجرح ولاجل منع الافات التي تحصل من الحركات الازدراكية
ينبغي ان يدخل في المريء قاطير من صمغ لادن حتى يصل الى اسفل الجرح ويحقق
منه بالامراق والمشروبات المحتاج اليها الغذاء وربما تقع هذا القاطير ايضا
في حنظل توازي شفتي الجرح وهذه العملية تستعمل في جروح الاسلحة الذرية
اذا اصابت البلعوم والجزء العلوي من المريء وليس لها طريق غيرها وفي هذه
العوارض الصعبة الخطر ينبغي للمريض الحمية والمشروبات التي ترقق الدم
والاستفرغات الدموية العامة ووضع العلق على مرات وذئب كله لئلا يندرك لانتهاج
الشديد في الاجزاء المصابة قبل حصوله وجروح الجزء الصدري من المريء ودمه
من الافات المهلكة في الغالب لنفوذ المشروبات والمواد الغذائية في جوف البايورا
اي الصفاق المستبطن للصدر وعدم وصولها للمعدة فذئب وحب وحب وحب

الاولى الخروج

الثانية الاسترخاء

القائناطير المريء لانه ربما تقع في منع النفوذ المذكور وسهل الالتصاق
الثانية الاسترخاء فاذا حصل في المريء شلل بطل الازدراد وتعسر وهذا الداء
يحصل غالباً بما لاحظته شلل آخر حاصل من آفة في المخ ويكون الاول عرضاً
من اعراض الثاني ونحن ههنا لا نذكر الا ما يخص الجراحة لان معالجة هذا
المرض تخص علم الامراض الباطنة وحينئذ ينبغي ادخال القائناطير المريء
ليسهل به غذاء المريض ثم يعالج بالادوية الباطنة والظاهرة النافعة في هذا
المرض

الثالثة صفاقة الغشاء

الثالثة صفاقة غشائه فاذا اطال التهاب الغشاء المخاطي للمريء حصل منه كثيراً
صفاقته وصفاقة التسجج الملوي الذي خلف هذا الغشاء والمحيط به وتضيق
سنتري وتعسر الازدراد شيئاً فشيئاً ثم يتعذر بالكلية فيضعف المريض ويهلك
سريعاً من الالتهاب وقلة التغذية واجود ما يعالج به راحة العضو واستعمال
ما يضاد الالتهاب ووضع القائناطير الذي من الصمغ اللدن فيه وهذا القائناطير
انبوبة من صمغ لدن لين بحجوة قطرها من ربع قيراط الى نصف وطولها من خمسة
عشر قيراطا الى عشرين ولهافوهتان من الطرفين وكيفية ادخالها ان يجلس
المريض ورأسه مائلة الى الخلف وفمه مفتوح ويدهن الجراح احد طرفيها يدهن
ويدخله من البلعوم الى ان يصل الى المعدة والطرف الثاني الظاهر منها من حيث
انه لا يمكن استقراره في القم بدون الم ينبغي ادخاله في الخيشيم وكيفية ادخاله فيها
ان يؤخذ اولاً القائناطير المعلم بلوله الذي في جوفه سلك حاروني قابل للانقباض
والانبساط ويدخل ذلك القائناطير في احدى حفرتي الاتق ثم يدفع السلك الذي
في جوفه الى ان يصل الى الخلف ويربط في جوفه الذي في الخلق طرف خيط مشمع
متين وطرف الخيط الثاني يربط بطرف القائناطير المريء الظاهر ثم يسحب طرف
السلك الظاهر الى الخارج فيدخل طرف القائناطير المريء في الخيشيم بواسطة
الخيط الذي ربط به وبطرف السلك وهذه الكيفية اسهل من ان يبتدأ بدخول
القائناطير المريء من الحفرة الانفية لان البلعوم والحفرة الانفية يلتقيان على زاوية
قائمة فحينئذ يلاقى طرف القائناطير الجدار الخلفي من القم الخلفي فيضطر الى ادخال

الاصح لينحني القناتا طير الى اسفل فيدخل في المريء وايضا رجا وقع الخطا
يدخوله في الخنصرة والاعراض التي تدل على دخول القناتا طير في الخنصرة هي
السعال والالام ونزوح الهواء من القناتا طير فيخفف فينبغي ان يرفع طرف الالة
ويذهب بها نحو الجهة الخلفية ويعلم دخولها في البلعوم بعدم هذه الاعراض
وبانتعاش المريض عند ادخال السوائل المغذية في المعدة وهذه العملية انما هي
اسعاف وقتي لغذاء المريض والافال عوارض المهلكة التي تعقب هذا الاتهاب
المزمع لا يمكن ان تمنع عنه

الرابعة وقوف الاجسام

الرابعة وقوف الاجسام الغريبة فيه فان المريء والبلعوم لكونهما دائما نديان
بسيال مخاطي غزير وبقبلان الانقباض والاتساع تنفذ منهما الاجسام الغريبة
الكبيرة الحجم بسهولة وقد تقف حال نزولها في اي جزء منهما ويعرف ذلك بانهم تسنم
يرداد عند حركة الازدراء * وللجراح في ذلك ثلاث طرق الاولى ان يترك الجسم
وينتظر ساوكة من ذاته والثانية ان يدفعه الى المعدة والثالثة ان يخرج من الفم
او من فتحة يفتقها في القناة الواقعة فيما اذا ترك الجسم لذاته يظهر فياحاوله التهاب
شديد به يزيد في الاول عسر وقوف الجسم ثم يحصل استرخا تكثر شدته او تقل وينشأ
من ذلك التهاب تقيح يجذب الجسم الغريب فلذلك يرى كثيرا ان الاجسام
بعد مكثها في المريء زمنا تنزل من ذاتها الى المعدة او تخرج من الفم ويظهر ان
الالتهاب النشأ من وقوف تلك الاجسام ينشأ عنه ايضا التصاق المريء
بالاعضاء المحيطة به وتقرح جداره ولذا سمع ان الشريان السبائي اتمت مرة
من ذلك السبب وان شخصا اخر التصق من يده بالقصبة فكانت له غلبة تنفذ
في المجاري الهوائية فحصل من ذلك الهلاك وقد يتكون من هذه العوارض خراج
في العنق فيكون سببا لانخراجه الجسم الغريب لكن اذا حصل ذلك الخراج في الصدر
فلا بد من الموت فلذلك لا ينبغي ان تترك الاجسام في المريء لذاتها لان ذلك ربما
كان سببا لعوارض خطيرة جدا ولا يمكن منع ما ينشأ عنها من الافات المهلكة
ولا تتم هذه الطريقة الرديئة الا عند شدة الاضطرار وذنبت عنها يكون
استعمال جميع ما ينبغي لانخراجه الجسم الغريب لم يحصل منها نفع ومع ذلك

لازالة الجسم الغريب

ثلاث طرق

ترك الجسم للطبيعة

دفعه الى المعدة

عملية المعلم انبرو وچيويان

استخراجه

فيؤمر المريض بالجمدة شديدة والقصد وارسال العلق لتلطيف اوتسكين شدة
الالتهاب واذا كانت الاجسام الواقعة في المري قابلة للتغير والتحلل وجب دفعها
الى المعدة فان لم تكن كذلك فلا ينبغي لانهار بما حدثت نكايته في جدران اعضاء
الهضم كتمزيق وتنقيب وغيرهما من العوارض المهلكة والنشق على المري ربما
كان اقل خطرا من ذلك واذا كان الجسم الواقع اسلس وغير مؤذ لغشاء المعدة
والامعاء وعسر اخرجه فينبغي دفعه ايضا وحيتئذ فلا يكون الدفع الا لاجسام
القليلة الحجم السهلة الانحدار ويكون بالقرع باليد فيما بين الكتفين او بشرب قدر
كبير من الماء او بازدراد لقم لبانية كبيرة ائنة فان لم تنفع هذه الاشياء السهلة فلتعمل
عملية المعلم انبرو وچيويان وهي ان تدخل كرتة ذات عتق طويل رأسها مستدير
وغاية في دفع بها الجسم وينزل قطعها وقد يستعمل عود من اجزاء القيطس
وهو حيوان عظيم بحري يربط في احد طرفيه اسفنجية وواجود ما يستعمل
في هذا الداء اخراج الجسم الغريب سيما اذا كان ينخر او يمزق الجدران المماسية له
كقطع العظم او الزجاج او الابر او نحو ذلك وكيفيته ان يجلس المريض ويمسك
المساعد رأسه ويميلها الى الخلف ويفتح الجراح القم فتحة واسعة وينكس قاعدة
لسانه ويفحص قبل كل شيء عن هيئة وضع الجسم فان كان واقفا في آخر البلعوم
سهلت معرفته بالبصر او بالاصبع وان كان اسفل من ذلك فليفحص عن غوره
وهيئة وضعه بواسطة عود من اجزاء القيطس ثم ان كان من اعلى اخرج بجفت
مستقيم او منحني يدخل مطبوقا فاذا مس طرفه اعلى الجسم فتح ثم قبض به على
الجسم واخرج معه بلطف وان كان موضوعا من اسفل وغايرا في المري فقد
استعملوا الانحراجه بجملة طرق منها ان يؤخذ قضيب من فضة مفرطح لارأس له
وطرفه ككلاب ويدخل في المري فيما بين جداره والجسم الغريب ثم يغرف به الجسم
ويخرج به وهذه احسن الطرق ومنها ان تؤخذ اسفنجية وتربط في اخیطة ثم تحصر
في انبوبة وتدخل في المري وعندما تصل الى اسفل الجسم الغريب تخرج منها
بواسطة ستم تدفع به فتتنفس من الرابرة ثم تسحب الاخیطة الى اعلى فتخرج
الاسفنجية ودعها الجسم ويستعمل لاجراج الجسم الغريب ايضا البلقت الطويل

قد يقطع المريء
لاخراج الجسم

عملية المعلم وكا

الرفيع * واذا لم يمكن اخراج الجسم الغريب ولا دفعه للمعدة وصحبه اعراض
خطرة جدا فينبغي عملية قطع المريء ولا تستعمل الا اذا كان الجسم في الجزء
العنقي من المريء فاذا كان ذا حجم كبير وبارزا تحت الجلد فليستلقى المريض على
ظهره ورأسه مائل الى جهة الخلف والجراح يشق في وسط البروز شقا طوله قيراطن
امام الحافة المقدمة للعضلة القصية الترقوية الخلية وبانفصال شقي الجرح يكون
الشريان السباتي والعصب المصاحب له من جهة الخارج ثم تربط الفروع الوعائية
التي احتيج الى فتحها فاذا وصل الى المريء شق اغشيته واخرج الجسم الغريب
واما اذا لم يبرز الجسم تحت الجلد فلتكن العملية في الجهة اليسرى من العنق لان
المريء فيها بعد قليلا عن القصبة وهذه عملية المعلم جو كافي
واما المعلم وكا وكان معلما حاذقا في بلدة بيزا فاخترع طريقة تكون بها عملية
المريء سهلة وغير خطيرة ولولم يكن الجسم بارزا وكيفيتها ان يكون المريض كذا كرنا
والجراح يشق الجلد ويدخل في المريء قاثا طيرا من سمع لدن او من فضة وهي
ابحود طرفه الداخل مسدود وفيه قبل اخره بقليل فرجة في جانب قدر قيراطين
او ثلاثة وفي جوف القاثا طير سهم من فولاذي بقدر طوله ينقسم من نحو نصفه
الى فرعين احدهما غير متحرك وثانيهما فيه حركة انبساط ونقبى طرفه برززين وفي
الشكل وعندما يكون السهم كله منحصرا في القاثا طير لا يتبسط الفرع المتحرك
لاحتباس طرفه في اسفل القاثا طير فاذا انحبس هذا السهم قليلا انبسط الفرع
المتحرك وتخرج من فرجة القاثا طير فيدخل الجراح هذه الالة في المريء الى محل
المحاذي لشق الجلد والقرع المتحرك تحتبس في اسفله او بعد ان يثبت في السهم
السهم قليلا فيخرج القرع المتحرك من فرجة القاثا طير ويرفع من المريء البارز
المحاذي لشق الجلد ويبرز في الجرح وبذلك يتمدد المشريط الى شق المريء فثبت
يثبت المساعد الالة في الحمل والجراح يمسك زر القرع الرابع للمريء يشق من المريء
على حسب الحاجة ثم يخرج الالة ويدخل اصبعه في الشق ليعرف موضع الجسم
فيخرجه بالملقاط او الجفت وهذه الطريقة صيرت هذه العملية سهلة ولا خطر
فيها بعد ان كانت عسرة مهلكة

وقد تقطع شعب
القصبة لذلك

وقطع شعب القصبة يضطر اليه اذا اتسع المريء من جسم ذي حجم عظيم براحم
القصبة الرئوية من الخلف الى الامام فيكاد المريض ان يختنق من عدم التنفس
لا يمكن لاتعمل هذه العملية الا اذا كان المريض في خطر شديد جدا ولا يقدر
على تحمل العمليات التي ذكرت وحيث قد تقطع شعب القصبة او الخبيرة لازالة
عسر التنفس بدون ان يتقع ذلك في وقوف الجسم الغريب ثم يتغير في امر الجسم
فاما ان يخرج او يدفعه وكأنه لم تقع فيه عملية غير هذه غير ان حال المريض يزداد
خطرا بسبب الجرح الحاصل فيه

الباب الثاني

في آفات التسمم الذي تحت الجباب الحاجر من الات الهضم والعمليات التي تخصه
مسائل هذا الباب تنقسم الى اقسام ثنها بجروح البطن مع آفة في الاعضاء
المختصرة في هذا التجويف اريدون آفة ومنها وقوف الاجسام الغريبة في القناة
الهضمية ومنها آفات الكبد والمحال ومنها انسكاب في تجويف البريتون ومنها
وهو الاخير امراض المستقيم والشرح فلذا كان فيه خمسة مباحث

المبحث الاول في آفات البطن وهي سبع

الاولى جروح البطن

تفرق الاتصال الكائن في جدران البطن تارة يكون نافذا في باطن البريتون
وتارة يكون في الجدران فقط من غير ان يتغذ فيه والقدمات كانوا يسمون بمعرفة
كون الجروح نافذة او غير نافذة فكانوا يدخلون فيها مجسما او يحقنون فيها اسيا
غروى وهذا كله غير نافع بل هو خطر والجراحون الان تركوا ذلك وقالوا
اذا عرض جرح في البطن السفلى بدون آفة ظاهرة في الاعضاء المختصرة فيها
سواء كان نافذا او غير نافذ فعلاجه واحد واذا كان كل من اتسع الجرح وجروح
الاحشاء او المواد المختصرة فيها لا يدل على آفة في الامعاء فلا يلزم الاستقصاء
عنها بل ينبغي السعي في انضمام الجرح سريعا وينبغي ان يكون المريض

على هيئة بحيث تكون رأسه وصدره وساقاه وثدياه وحوضه مثلية
ومتقاربة لبعضها البعض تكون جذران البطن على استقامة انقباضه وبحفظ
هذا الوضع بمخدرات فوضع تحت الجزء الاعلى من الجسم وتحت ما بين ركبتيه
وذلك نافع ايضا في منع المريض عن الحركات العنيفة وعن التقلص واتفي
فان ذلك يتسبب عنه تباعد شفتي الجرح وعدم تقع الوضعيات الضامة لحواضيه
* فاذا كان الجرح قليل الامتداد ولو كان نافذا ولم يصب الا الجلد والياض والوتر
العريض او الالياف الظاهرة للعضلات فيكفي لانفخامه وضع الضامات المزججة
وكذا في الجروح الوخزية الحاصلة من نحو سهم او حربة اما ان كانت نافذة وعميقة
نحو قراطين ونصف او ثلاثة فلا بد من الخياطة المسماة في هذا الداء بالخياطة
البطنية ولا تستعمل الا عندتيقن تقعها وقبل استعمالها يابش الشد في
مساحة الجرح وهيئة وضعه واتجاهه وخصوصا جراحة جذران البطن
او ارتخائها فان الجروح الطولية التي تكون في الجهة العليا من البطن تضم
سريعا بدون خياطة اكثر من الجروح العرضية التي في الجهة السفلى من البطن
او التي تكون جذران البطن فيها غير مرئية * ثم ان الخياطة البطنية نوعان
خياطة متقطعة وخياطة مريدي * فالخياطة المتقطعة وتسمى بالمتفرقة
ايضا ينبغي ان يجهز لها الربطة مشعة ثلاثة او اربعة او خمسة تجتمع مع بعضها
حتى يتكون منها حبل اشترطه عدتها بعد غرز الخياطة المحتاج اليها وعرض
كل واحد منها من قمم الى قممتين وطوله من ثمانية اربعة اربطة الى عشرة وكل
شرط ينظم في طرفيه ابرتان ويجهز ايضا مقصات ورفايد ونسالة واداة
بدن تحيط بالمريض من اعلى واسفل ثم ينجم المريض على طرف السرير بالهيئة
التي ذكرناها ويدخل الجراح سبابه اليد اليسرى في داخل البطن ويسحب بها
البريتون حتى يساوي بقية الاجزاء المنهكة ويثبت الجلد بالابهام ثم يأخذ ابرة
ويضع ابهامه من اليد اليمنى على سطح المقعر وسبابته على سطحها الخدب
ويدخلها داخل البطن تحت البريتون ويتفدها من الداخل الى الخارج متباعدة
عن شفتي الجرح بحسب امتداده في الطول وبعد نفوذ نصفها في البريتون والجلد

ضم الجرح بالعصابة
اللزجة

ضم بالخياطة البطنية

هي نوعان
الخياطة المتقطعة

ونخروج من الجرح السبابة ويسحب بقيتها ثم يأخذ الابرة الثانية التي
 في الطرف الثاني وينفذها في الشفة الثانية من الجرح على حسب ما فعل في الابرة
 الاولى ويضع بقية الفرز متواليات ومتباعدة عن بعضها بقدر قيراط على نسق
 واحد ثم يعقد الفرز عقدة وثنية مبتدئا من الجهة المائلة والمساعد عند ذلك
 يتقرب شفتي الجرح ليتلا مسام ثم يضع على الجرح وسادة من نسالة مسدودة
 بمرهم جالينوس ورفادة ولصاقة بدن تحفظ جميع ذلك * واما الخياطة المرودية
 فكيفيتها ان تؤخذ اخیطة بحسب الفرز المحتاج اليها طول كل خيط منها
 ثمانية عشر قيراطا وعشرين وينشئ طبقتين بحيث يكون طرفاه مجتمعين ومحل
 الشئ كالأبرة ثم تنظم في محل الشئ ابرة وفي الطرفين المتجمين ابرة ثانية وتدخل
 تلك الخيطة في الجرح على الطريقة السابقة ثم تخرج الابرة منها ويدخل في ثنيات
 الخيوط التي هي كاعرى مرود اسطواني من خشب او قلم كتابة رفيع طوله بقدر
 طول الجرح وتفصل اطراف الخيوط المتجمعة في الحافة الثانية من الجرح ويوضع
 فيما بينهما مرود كالاول ويعتد على هذا المرود طرفا كل خيط عقدة وثنية عقدا
 متينا يحفظ تقارب حافتي الجرح واذا كان في الجرح اعوجاج يحدث عنه زوايا
 فعل ذلك في كل زاوية منه وبقية معالجة الجرح لا تختلف عما تقدم * وينبغي
 في اي نوع من انواع الخياطة الاحتراز من شدة تقريب شفتي الجرح بالحصر
 عليهما لان الانتفاخ الذي يحصل فيهما يقرهما جدا فاذالم يوجد خلويتهما
 يكون محلا للانتفاخ تمزقت الحوافي ولا تنجح العملية ثم ان جميع ما ذكر من انواع
 الخياطة وان كان يحصل منه نجاح الا ان الخياطة المرودية هي الاحسن
 في اغلب الاوقات من بقية الانواع لانها لاتراحم الجرح وتعين على تقارب الحوافي
 واقصى الجرح فيها يكون مستقاربا اكثر من ظاهره والمراد هي التي تتحمل تأثير
 الاخيطه وهذا كله غير موجود في بقية الانواع لان الخيط فيها يؤثر في الاجزاء
 الرخوة وازالة تلك الاخيطه تكون بعد ثمانية ايام او عشرة اذا ظهر الالتحام
 ولم يعرض له عارض يعوقه * وكيفيته ازالته ان تقطع اخیطة المرود الاسفل
 بقرب حوافي الجرح من الجهة المائلة باليد اليمنى مع حفظ الجهة المقابلة باليد

الخياطة المرودية

شروطها في الخياطة

كيفية ازالة الاخيطه

اليسرى ثم يسحب المروء الى اعلى مع الاخيطة وينبغي ان يراح المريض بعد العملية
فخو خمسة عشر يوما او عشرين وبعد ازالة الاخيطة تستعمل لوزق لزيادة حفظ
الاتحام واذا كانت جروح البطن بالطول امكن انضمامها بالرباط الفصام المستعمل
في الجروح الطولية في الاطراف او بلقافة تنقسم من جهة الى الاخرى ومن الجهة
الاخرى الى اخرى مقابلة لها ثم تغذ تلك الاشرطة في العرى وتشد شدتها تنالها
ويثبت طرفاها بالدبابيس وهذا احسن من الاول لان الاول يستدعي حركات
كثيرة من المريض لكثرة التلايف التي تلف على البدن وفي كائنا الحالتين ينبغي
عند تقريب حافتي الجرح ان يترك بينهما ما خلقوا قليل ثم يوضع على الجرح رقادة
مستوية السطح ووسادة من نسالة ورقادة مربعة فهذه هي طرق العناية
التي يجب عملها في الجروح البسيطة الحاصلة في جدران البطن واما الجروح
المركبة فهي ان يكون مع هذه الجروح نزيف او خروج الثرب او الامعاء او آفات
تكون مع ذلك في احد هذه الاعضاء غلى ما يأتى فالتزيف يحصل من جرح
الشرايات المنبثة في جدار البطن فاذا عرف من الوضع ومن اتجاه الجرح
ومن وثب الدم ومن علامات انصبابه في الباطن ان الشريان الشرايين هو
الذي انفتح فينبغي ان تقلب شفة الجرح السفلى الى الخارج ويربط الشريان
فان كان الجرح ضيقا جدا يمنع اتمام هذه العملية فينبغي توسيعه بالمشرط ذي الزر
وتكفي هذه العملية وحدها في صيانة المريض عن هذه الافة الخطرة وما يترتبها
وان كان المنفتح شريانا صغيرا من جرح ضيق سد بقطعة من شمع لين توضع في مكانه
لكن انما يكون ذلك النافعا في الشرايين الصغيرة المنبثة في ذلك لا في الشرايين
اما الشرايين الكبيرة فلا يمكن فيها ذلك واما خروج الثرب وما بعده فيأتى على اثر

انضمام الجروح الطولية
في البطن

الثانية خروج الاشياء

الجروح النافذة في البطن كثيرا ما يخرج منها بعض الاشياء المصونة
فيه والمعرض لذلك كثيرا هو الثرب والامعاء لانها تتحرك وغير ثابتة
فخروج الثرب بين شفتي جرح البطن عارضا غالب قليل الخطر فيستحسن ان

خروج الثرب

الثرب المذكور سايما من الاقات وكان الجرح عمدا وحيث ينبغي ادخاله حالا
 بالغمر عليه بالسبابتين المدهوتين بدهن مناسب فان توسخ بجواهر غريب
 صكتراب ونحوه غسل قبل ادخاله بماء فاتر والتهاب لا يهوقه عن الادخال لكن
 اذا حصل فيه رشح شديد او في بعض جهات منه فساد تركيب فلا ينبغي ادخاله
 لان فيه حيلة تدفع بعض اجزاء قابلة للتقيح والاتصال ووجودها في البطن يورث
 التهابا شديدا في البريتون وربما كان مهلكا واذا كان الجرح ضيقا لا يمكن
 رجوع الثرب منه فلا ينبغي توسيعه اذ لا يضر بقاء جزء قليل منه في الخارج وكان
 بعض الجراحين في مثل هذه العوارض يقطع الجزء الغنغري من الثرب ويدخل
 الباقي وكان يحصل من ذلك تزيق خطر وسيلان دم في البطن السفلي وبعضهم
 كان يربط شرايين الزائد عن الجراح بخيط مشمع وذلك غير جيد ايضا لانه كان يحصل
 منه ألم شديد وحمى وورم في البطن وجميع اعراض الفتق المحتبس والذي ينبغي
 اذا كان ادخاله غير ممكن او غير جيد ان يبقى خارجا ويغطى برقائد مغموسة في مغلي
 ملين فيعزل ذلك الجزء الخارج شيئا فشيئا ويصير غنغريا ويسقط والذي يبقى بين
 حافتي الجرح يلتحم بهما التماسا جيدا فيمنع حدوث فتق فيه واذا لم يتم ذلك وكان
 الجرح ضيقا جدا وحدث في حافتيه التهاب وورم واختنق الثرب بينهما وانتفخ
 ولم تنفع الحمية ولا الجلوس في الاذن ولا القصد العام والموضعي فينبغي حينئذ
 عملية الاطلاق في الجرح ثم يدخل الثرب على نحو ما ذكرنا * وقد يخرج
 من جرح البطن جزء من المعاصغير او كبير فينتظر ان كان فيه جرح اول فان لم يكن
 فيه جرح ادخل ملتهبا كان او غير ملتهب وان كان جرحا سطحيا من تأثير الهواء
 ندى بالماء الفاتر او بمغلي ملين وان كان موسخا بجواهر غريبة غسل بذلك لابل الاشياء
 المشبعة واول ما يدخل منه هو اخر ما خرج وادخاله يكون بالسبابتين المدهوتين
 ولا يفارقه حتى يوصله الى داخل البطن لتلايق فيما بين الاوتار العريضة
 والطبقات اللحمية الداخلة في تكوين جدران البطن * وقد تعرض موانع كثيرة
 تكون بها عملية الادخال بالغمر متعذرة وذلك كاختناق المعافي الجرح اما من
 ضيق الجرح او اتساع المعافي في الخارج من الريح المتولدة فيه فلا يتمكن

خروج الامعا

احتباس المعافي
بين حافتي الجرح

من رجوعه وحينئذ فالجرح الخارج اذا تخرج من ثاير الهواء من عاصمة الملايس
احتقن فيه الدم وصار لونه احرا وازرق مع سواد والمصاب بذنبة يابد اعراض
القتل انتق * وعلاجه ان يغمر على جدران الملايس برفق اترجم رباح
في البطن فيسهل ادخاله فان لم ينفع ذلك انخرج جزء كبير من الامعاء ليكون للريح
محل واسع يمتد فيه فان لم ينفع ذلك خرق المعسا بآلة غليظة اذ يبسالة رقيقة اخرج
الهواء المحتبس كما اشار لذلك بعض الملمين لكن لا تعمل هذه العملية الا اذا زاد
حجم المعاجد الواحتيج في رده لتوسيع الجرح * واذا لم يمكن رد المعسا الخارج ينبغي
للجراح ان يسرع في العملية الكافية وهي توسيع الجرح ولا يصرف همهته
في المكمدات والمعالجات الغير النافعة او في عمليات اخرى ربما كانت خطيرة
* وينبغي في هذه العملية وهي عملية الاطلاق ان يكون الشق فيها من سطحين لا من
اسفل لتقوى الجهة السفلى من البطن على منع حدوث فتق اخر وان يعده
بالمشرط عن الاوعية التي ربما يحصل من اصابتها خطرا وتزيف غزير ومن حيث
ان الوريد السري وهو الرباط المعلق للكبد ليس منسدا في جميع الأشخاص ينبغي
اذا كانت العملية الى ناحية السرة والكبد ان يتباعد بالشق عنه لئلا يصاب
ويضجع المريض على الجانب المقابل للجرح وتعمل له عملية الاطلاق المذكورة
اما بالجس القنوي والمشرط المعتاد او بالمشرط ذي الزرق استعماله ان
ينبغي تكليس الاسعا وتثبيتها بنظم اليد اليسرى لتستكون زاوية الجرح اعلاها
منكشفة ثم يدخل طرف الجس القنوي الذي لا ريش له بين الجرح والامعاء
مع الاحتراس سخنيا قليلا نحو قنانه فاذا غار في الشق سره مررت به رقيقة بيضاء
عن جدران الامعاء ثم ينكس طرفه القنوي ليرفع الجرح عن الشق ثم يدخل
ثم يدخل المشرط في قنات الجس بحيث لا يفارق اسننه ويرفعه من الشق فيخرج
من الداخل الى الخارج والامام فيتم بذلك الاطلاق ثم يترجم المعسا بآلة غليظة
اصبعه في الجرح ليعرف قدر مسعته فان كان الشق عريضا منقلا عرق
عن رد المعسا طاعت ليسهل لدهون في جرحه من الشق فيكون
الامعاء كما تقدم فيكون عليها السبابية ثم يترجم المشرط ويرد المعسا

علاجه بالغمر

علاجه بتوسيع الجرح

كيفية عملية الاطلاق

التصاق المعاجيد وان
الجرح

بسطه بطن السبابة ثم يدبر حده جهة القطع ويشق ولا يفارق بالسبابة
فرد المشروط ليعده عن المعاوذة تكون العملية مأونة وبذلك الشق يزول
الاحتياض والاحسن ان يستعمل مشروط المعلم بوط او مشروط المعلم ككوب
* والتصاق المعاجيد ان الجرح الذي خرج منه يتبدى بعد اربع وعشرين ساعة
اوسنة وثلاثين واقرب اجزاء الامعاء للتصاق ما كان مجاورا للبريتون فاذا كانت
اربطة هذا الالتصاق جديدة ورخوة منقت ووسع الجرح ثم رد الخارج وان استمرت
تحو خمسة ايام اوست وصار الالتصاق صلبا متينا لا تسهل ازالته اذ يل الاختناق
الحاصل من ذلك بسطح الاجزاء التي تكون منها الالتصاق مع الاحتباس والتأني
وكون السطح اولا في انسجة الجرح اولى من كونه في انسجة المعاقان كانت الامعاء
خارجة لتصقة ولم ترد من اول الامر بل تركت حتى التصقت التصاقا متينا
ابقيت خارجة وعولجت بخرق مثقبة ومدهونة بمرهم جالينوس ووسائد من
نسالة مغموسة في سيال ملين ويكبس بهذه الخرق والفيايف على الامعاء فيحصل
من ذلك ما دخلها في البطن تدريجا او التحامها بقشرة جروا وتحفظ بلفافة
تجعل كالكمية

الثالثة جروح الامعاء

اذا كانت الامعاء مجروحة فاما ان تكون منحصرة في البطن واما ان تكون
خارجة من الجرح الظاهر ففي الحالة الاولى يستدل على جرحها بخروج
بعض الارياح المعوية والمواد الغذائية منها وينبغي في هذه الحالة ان يحفظ
جرح البطن مفتوحا ويعالج المريض بالاشياء المضادة للالتهاب ولا تعمل
في ذلك عملية اعدام مكانها ونجاحها وفي الحالة الثانية تكون حالة المريض
اقل خطرا من الاولى وصناعة الجراحة تسعفه في ذلك فان كان جرح المعاء صغيرا
او خفة ترله لذاته ورد المعاء الخارج غير الجروح بعد تقييد خيط في الماساريقا
يثبت به الجرح بمجاورة الجرح الظاهر من البطن * وان زاد عن اربع قممات
طولا او عرضا فلا بد له من انخياطة وهي ثلاثة انواع الاول خياطة القراوين وهي

ما يحتاج منها للخياطة
انواع الخياطة ثلاثة

التقنية

التي كانت مستعملة عند المتقدمين * وكيفية ان يحسب المساء واحد من زاوية
الجرح ويمسك الجراح الثانية بيده اليسرى ويشد انهما فتقارب شفتا الجرح
وتتوتر وتبرز اثر تقذ الجراح فيهما من العين الى اليسار اربعة معتدلة منتزعة في
خط طويل مشع متباعدة عن الحافتين السابقتين بخط ونصف ويسحب
الى نحو ستة قراريط او ثمانية من طرفه ثم يضع غرز على هذا الذي متساوية
الى ان يصل الى الزاوية الثانية من الجرح ويجمع طرفي الخيط ويثبتهما من الظاهر
بعد ادخال المعالج بحيث لا تبعد الجهة الجرح وحقه منه عن جرح البطن الظاهر
* والثاني الخياطة المتقطعة وتحتاج لابر بقدر غرز الخياطة المحتاج اليها وكل
منها فيه خيط منظوم وتكون شفتا الجرح متقاربتين كما ذكرنا في الخياطة السابقة
ثم تقذ الابر واحدة بعد واحدة متباعدة عن بعضها على نسق واحد من بعض
خطوط من قيراط ثم تخرج من الاخيلة وتجمع اطرافها وتقتل كلها بخيط
واحد وبذلك تتضمن انسجة الجرح المنفصلة انضماما محكما * والثالث الخياطة
الشلالية وكيفية ان تقذ الابر من العين الى اليسار ثم من اليسار الى العين على
التوالي من غير ان يعلو الخيط على حواف الجرح ثم تثبت طرفا الخيط من الظاهر
بعد ادخال المعالج والنوع الاول من الثلاثة متروك ان كان الاول فلان الخيط
يرتكز على الجرح فيمنع سرعة التصاقه بالبرتون واما الثاني فلان الاخيلة
موضوعة فيما بين شفتي الجرح والبرتون فتدفع كالأول وفتاها به شفتي
الجرح ويضيق سرعة حجم المعالج والنوع الثالث وهو الخياطة الشلالية ليس فيه
شي من ذلك لان شفتي الجرح فيه متجهتا الى الخارج نحو البرتون ولا يمازج به وقتها
عن الالتصاق به ثم اذا اريد اخراج الاخيلة بعد اليوم السادس من العمالية قد بلغ
حد طرفي كل واحد منهما من قرب الجلد ويسحب باحتراس واذا انفصل جميع حجم المعالج
من دائرته بجميع الاشياء التي ذكرت لا تنفع هنا واخترعوا له طريقة تسمى طريقة
المعلمين الاربع وتسمى طريقة التغميد وهي ان يدخل احد طرفي المعالج طرفه الثاني
ويثبت ببعض غرز خياطة وهذه العملية وكذا عمليته في جرحه ويرى لا اثر فيها
بل توقع المريض في الزائد وهلاله سريع والاحسن ان يحدث الجرح شرب غير

المتقطعة

الشلالية

طع المعالج العرض

طريق معرفة الطرف
العلوي من السفلي

عملية المعلمين الاربع

عملية المعلم مضهر

عملية المعلم جبير

طبيعي فان به يسهل الشفاء وسنذكر هذه العملية بعد * وقبل ان يتبدأ
في عملية التفهيد يحتاج الى معرفة الطرف العلوي من السفلي وذلك بان يعطى
للمريض بعض اواق من دهن اللوز الحلو او من شرب البقسج وينظر خروجه
من الطرف العلوي سريعا * وكيفية عملية المعلمين الاربع ان تؤخذ اسطوانة
من ورق غليظ كورم القمار وتعمل كاتوبة غلظها بقدر سعة جوف المعا وتبل
في زيت الترمينثا ثم في زيت الزيتون اثلاث تغير من الرطوبة ثم يثبت في نصفها
خيطة مشمع طوله نصف ذراع بان يتظم طرفاه في ابرتين ويثبت بغرز في خياطة
في وسط الاسطوانة من الخارج بحيث يكون جوفها سالكا ثم تدخل الاسطوانة
الى نصفها في الجزء العلوي من المعا وتثبت فيه بغزتين متقابلتين في دائرة المعا
ثم يدخل النصف الثاني من الاسطوانة في الجزء السفلي ويثبت بغزتين محاذيتين
للأولتين بحيث يلتصق طرفا الجزئين ببعضهما ثم تخرج الابرتان من الخليط ويرد
المعا الى الباطن ويثبت طرفا الخليط من الظاهر على الجرح * والمعلم مضهر
كان يدخل الطرف العلوي في الطرف السفلي ويثبتهما بغرز في خياطة ثم يرد
العضو في البطن ويثبته بقرب الجرح فيحصل الالتحام بدون عوارض وطعن بعض
المعلمين في هذه العملية وقال ان الغشاء المخاطي المعوي الظاهر يكون مماسا
لسطح البريتون وهما من حيث ان طبيعتهما مختلفة يعسر التصاقهما قال رأى
ان يكون التماس من السطحين البريتونيين لبعضهما فحينئذ يتأق الالتصاق
لانهما طبيعتا واحدة * والمعلم جبير كان يغمد الطرف العلوي في الطرف
السفلي بعقد قلب جزء من الطرف السفلي الى الداخل لتقع المماسية بالغشاء
المصلي من الطرفين ولكن هذه العملية يحصل منها اتساع يضيق به جوف المعا
وتسبب عنه عوارض خطيرة فهي وان كانت اقبل من الاولى الا ان خطر عملية
الادخال فيهما واحد فعاجلة هذه الافدة ولومع بطو بما فيه نفع اولي من التعرض
لعوارض مهلكة

الرابعة غنغرينا الامعا

الامعاء اذا خرجت والتهبت من الظاهر ثم ذبلت وصارت زرقاء عديمة الحس علم من ذلك ان الغنغرينا اصابته جدرانها فاذا كانت الخشكر يشات صغيرة وكثيرة العدد ينبغي ان تحفظ القطعة المصابة بقرب الجرح لتخرج بعض المواد الثقيلة منه حتى يضيق تدريجاً ثم يلتحم واما اذا تغنغر جزء من المعاصر او كبير وعدم الحياة فينبغي قطعه بالمقص ثم يعالج بمعالجة ما اذا انفصل حجم المعاكلة بالعرض بالة قاطعة

الخامسة جروح المعدة

جروح المعدة مهلكة في الغالب ومعالجتها كمعالجة جروح الامعاء وكثيرا ما كان بعض المعلمين يعطى المريض مقيشاً يستفرغ به الاغذية فيحصل في المعدة حركات انقباضية بها يضيق الجرح ولكن ذلك ربما كان مهلكا لانه اما ان يحدث عنه تهيج في الاحشاء وانصباب مواد من المعدة في البطن

السادسة جروح الاسلحة النارية

جروح الاسلحة النارية الحاصلة في جدران البطن او في الاحشاء تعالج كمعالجة الجروح الحاصلة من الالات القاطعة الا ان جروح الاسلحة النارية من حيث انه لا بد من تقيحها لا ينبغي السعي في انضمامها سريرا

السابعة الرض في جدران البطن

اذا حصل في البطن رض قوى وانتهكت منه العضلات واصاب بعض اجزائ من قناة الهضم فلا ينبغي لذلك عملية جراحية بل يعالج المريض بمعالجة عامة وموضعية لتدارك او مقاومة العوارض الانتهائية * وينبغي بعد العمليات المناسبة لشفاء جروح البطن على اى حالة كانت سعة تلك الجروح وهيئتها وما يعجزها من العوارض ان يعالج المريض بالاشياء المضادة للالتهاب وهي اراحة الجسم والذهن واسترخاء جدران البطن والحمية الطويلة عن الجواهر المغذية والقصد العام والموضعي اللذان هما على حسب قوة المريض وشدة العوارض ووضع

لجنة التابعة
بإدارة الجراحة

المكمدات المليئة على البطن وتبعد جميع ما ينه الحركات الانقباضية المعوية
فهذه هي الاشياء التي ينبغي استعمالها بضبط واتقان لحفظ راحة الاعضاء
المجروحة وتسكين تهيجهما

المبحث الثاني في وقوف الاجسام الغريبة في القناة الهضمية

الغالب في الاجسام الغريبة التي نزلت من المري الى المعدة ان تخرج من الشرج
فتعان المعدة على دفعها بتناول الجواهر التي من خواصها ان تثبت بحسونة
الاجسام الواقعة كالحول الصغ واللين وغيرهما من الجواهر الزلايسة او بمقبي
او سهل ان احتيج اليه فهذه هي الاشياء التي يستعان بها على دفع الجسم
الواقف فاذا كان الجسم كبير او واقف في المعدة وحدث عنه عوارض خطيرة
فينبغي استعماله * والجراح لا يحتاج لشق المعدة الا عند وجود امرين الاول
ان يتسبب عن انحصار الجسم في المعدة عوارض خطيرة جدا يكاد ان تعدم بها
حياة المريض والثاني وجود ورم فيها يدل على موضع هذا الجسم المهيج ولا تصح
هذه العملية الا بالتصاق جدران المعدة بجدران البطن فانه بدون ذلك ينزل
ما في جوف المعدة الى تجويف البطن عند الشق ويعرف هذا الالتصاق بوجود
انتفاخ قليل مع لين يخفض تحت الاصبع كالعجين * وينبغي ان يكون الشق
على محل الورم بان يمسك الجراح مشرطا محذب الحد ويشق به الجلد ولا قدر
قيراطين او ثلاثة بالطول اذا كان في الجهة المقدمية من البطن فان كان في جهة
اليسار كان اتجاها الشق على حسب اتجاها حواف الاضلاع ثم يشق العضل ويربط
ما انفتح من الاوعية ويدخل السبابة في اقصى الشق ليتحقق بها وجود الالتصاق
بين جداري المعدة والبطن فان وجدته حاصلا نفذ المشرط الى جوف المعدة واخرج
الجسم الغريب وعالج الجرح بعالجة بسيطة بعد ضم شفتيه بدون خياطة وانتظر
الاتحام من ذاته * وان كان غير حاصل نزل شق المعدة وانتظر نحو يومين
او ثلاثة حتى يلتصق سطح المعدة بمخافتى الجرح وهذا الالتصاق امر طبيعي
لا بد منه فينفذ يشق المعدة ويخرج الجسم من غير ان يخشى منه سيلان

عملية شق المعدة

طريقة العملية

عناية في زمنين

ما في المعدة الى تجويف البطن * فان كان الجسم الغريب شاعلا بلز من
الامعاء فينبغي للجراح اتمام العملية فيها مع مراعاة الشروط السابقة في شق المعدة
وقد اتفق ان بعض الاجسام الغريبة العظيمة تخرق المعدة بعد ان لصقها بالقولون
ونزل الى احدى الاريتين فحدث هنالك خراج وخرج الجسم الغريب مع صديده
فاذا علم ميل الطبيعة لذلك اعينت عليه فان لم يعلم ذلك واشتدت الاعراض عملت
العملية حالا

المبحث الثالث في آفات الكبد والطحال آفات الكبد ثلاث

الاولى الجروح

جروح الكبد اذا كانت في ظاهرها فقط لا تكون كثيرة الخطر فان كانت غائرة فيه
حدث منها سيلان صفراوى مهلك وعلى كلا الحالتين لا تعالج الا بالاشياء المضادة
للالتهاب العامة والموضعية التى ذكرناها آنفا وجروح المرارة تكون غالباً مهلكة
ولا تنفع لها عمليات الجراحة ولا مقاصدها الا بالوسائط النفسائية العامة
وان كانت في الغالب غير كافية

الثانية الخراج

خراج الكبد اما ان يكون حاصل من السيميا نيا او عن آفات فيه يعقبها التهاب في
نسيجه الخاص فالخراج السيميا نوى ينشأ غالباً عن جروح في الرأس وقد ينشأ عن
آفات تحصل في الياف المغاصل لقوة السيميا نيا بين المخ والكبد وبين المغاصل
والانسجة الليقية والقيساروجيا المرضية لم تبين لنا الى الان هذه السيميا نيا
* ولذا صعب العلامات العامة لالتهاب الكبد ثقل في جهة وقشعريرة غير
منتظمة وحى تأتى وقت المساء واصفرار لون المريض وهزاله وضعفه وقوته
دل ذلك على ان الالتهاب انتهى بالتقيح ثم ان خراج الكبد يكون صغير الحجم وكبيره
وتكونه يكون سريعاً وبطيئاً ومحل سطح الكبد او باطنه وفيه المنحصر فيه يكون
اصفر او اسمر او صديداً وقد يكون كدر دى النبيذ حاصل من قطع من جوهر الكبد

الكبد لا يفتح الا اذا
في الخارج

محاولة في سيال لونه كفسالة الدم ولا ينبغي فتح هذا الجراح الا اذا كان هنالك ورم
او ذبي في المراق الايمن وتخرج طسا هريدل على ان لقاييف الكبد التصقت بجدران
البطن المحاذية لها ويدون ذلك تصير العملية مهلكة بانصباب المواد في البطن
المغلي وقصه يكون بادخال المشرط فيه ثم تستخرج المواد منه ويعالج بعن ذلك
معالجة بسيطة حتى يلتئم من طبيعته

الثالثة الاورام والناصور الصفراوى

اذا انسدت القناة الصفراوية ارتكوتت حصاة من الصفراوشغلت المرارة التى
هى مخزنها تجتمع الصفرا فى جوفها ومذدت جدرانها وظهرت تحت حواف
جوانب الاضلاع القصية اليمنى ورم متموج او صلب على حسب ككون المادة
المنحصرة فيه سائلة او صلبة وعلى كل حال فطبقات المرارة من حيث انها متباعدة
لا بد من التصاقها بجدران البطن او بجدران المعاو وتقرحها يحصل منه اما ظهور
خراج او انسكاب مواده فى القولون ونحروجها مع البراز من الشرج وهذا الداء
وان ظهرت علاماته لكن العملية لا تصح الا اذا دل احتقان الاجزاء الرخوة التى
تحت الجلد على التصاق المرارة ببريتون جدران البطن واذا انفتح الجراح
من ذاته وحدث عقبه ناصور فينبغى ان يبقى مفتوحا وتستأصل الحصاة الواقعة
فى المرارة اذا امكن ولا يصرف الجراح غاية جهده فى تعجيل ما يزيد فى احوال المرض
وان يبقى الجرح على حالة تعين الطبيعة على شفائه

جروح الطحال

وجروح الطحال تعسر معرفتها لانه ليس لها علامات خاصة بها ولا يحصل منها
الا انسكاب دم فى البريتون كثيرا وقليل وغالبا تكون مهلكة ومعالجته تكون
باستعمال الاشياء العامة والموضعية المضادة للالتهاب وجميع امراض الطحال
ليست محققة لان علاماتها كثيرة الاشتباه ولا تستدعى عملية من العمليات
الجراحية

المبحث الرابع فى الانسكابات البطنية وانواعها سبعة

الاول انسكاب الدم

اذا انفتح بعض الاوعية الصغرى في داخل البطن عقب جرح فيكفي في احتباس
 النزيف تأثر جدران البطن في تلك الاوعية فان كانت الاوعية كبيرة ولم يجد الدم
 طريقا يخرج منه الى الظاهر انسكب في البطن تارة بسرعة وتارة ببطي فالاول
 منهما تظهر فيه جميع علامات النزيف الباطني ويحس المريض في الحبال بجمرة
 لطيفة ورطوبة في البطن السفلى ويزيد حجم البطن شيئا فشيئا والثاني منهما لا تظهر
 فيه العلامات الا بعسر وكثيرا ما لا يدرك الانسكاب الا بعد ثمانية ايام او عشرة
 من وقت الجرح عندما يبتدى التهيج في البريتون ثم ان هذا الدم يسيل فيما بين
 الامعاء وجدران البطن ثم يتجمع في احد القسمين الحرقفين فيصير متعبا ويحدث منه
 التهاب ينشأ عنه التصاق كيس الدم المتولد من الالتهاب بجدران الجسم الحرقفي
 ثم تظهر علامات التهاب البريتون ويظهرت وفي ذلك القسم وتخرج محسوس
 فيتحقق حينئذ وجود الانسكاب واذ لم يبادر باخراجه يحصل الموت وان لم يحتبس
 النزيف الباطني فينبغي مقاومته بالاشياء المناسبة التي سند كرها في مواضعها
 ولا ينبغي اخراج ما سال من الدم الا بعد قطع النزيف وهذه العملية يجب اتمامها
 متى علم وجود تجمع الدموي فان تمت عقب الجرح امتنعت عن الخروج الاحوال
 النهائية وزال الالم الذي لا بد من حصوله عقب الانسكاب وكذا بقية العوارض
 المهلكة وينبغي للمريض ان يكون في جميع ذلك على هيئة ~~تكون~~ يكون فيها جدران
 البطن مسترخية ويشق الجراح في محل تجمع الدم شقا طوله قيراط او قيراطان
 ويربط ما انفتح من الاوعية ثم بعد استغراغ الدم المحتبس يعالج الجرح بوضع قليل
 من قاش مغسول زمنيا ما لينع سرعة التجمام خوفاً

الثاني انسكاب الكيلوس

اذا حصلت آفة في الاوعية الصغيرة الجاذبة للكيلوس حصل منها انسكاب
 الكيلوس في البطن وقل ان يدرك ذلك الانسكاب وربما لم يحدث عنه عوارض
 اصلا بخلاف انفتاح القناة الصدرية فانه آفة خطيرة ومهلكة وليس ذلك بالخطر
 لانسكاب الكيلوس فقط بل المنظور اليه بالاكثر عدم اغتذاء الاعضاء

الثالث انسكاب الصفرا

انسكاب الصفرا ولو قليلا يحدث منه في البريتون التهاب حاد يشترط مع بعضا
ويحصل منه الهلالة

الرابع انسكاب البول

انسكاب البول يحصل منه العوارض المذكورة لكنهما ربما كانت اقل سرعة

الخامس انسكاب البراز

انسكاب البراز كثير الخطر ايضا والجراح لا يمكنه غير مقاومة العوارض الالتهابية
الصادرة عن التهاب البريتون واذا لم يوجد في تشريح ميت مات بهذا الداء اثر هذه
السائلات التي احدثت التهاب البريتون فلا يستغرب ذلك لان الامتصاص
يزيل هذه السائلات

السادس انسكاب الصديد

انسكاب الصديد في البطن يحصل منه التهاب حاد في البريتون وهو نادر فاذا وقع
وتحقق انه هو فتح طريق يخرج منه والعملية في ذلك لا تختلف عما سبق

السابع انسكاب المصل وهو الاستسقا الزقي

اذا حصل في البريتون تجميع بطي من نشأ عنه افراز مادة مصلية تتجمع بقله
وكثرة في جوف هذا الغشاء وتسمى بالاستسقا الزقي ويعرف مع السهولة بزيادة
حجم البطن وبحركة السعال وتوجه بان توضع احدى اليدين على جدران البطن
من جهة ويقرع بالثانية قرع الطيفاع على الجهة المقابلة فيدرك حينئذ هذا التجموع
واذا تعاصى هذا الداء عن جميع الوسائط الشفائية الباطنة والظاهرة وازداد
حجم البطن جدا وصارت مشددة ومتوجدة من جميع جهاتها فليس ثنى اعظم
لحفظ حياة المريض او ابقائه اياما من فتح طريق لانخراج السـيـال *
وهذه العملية تسمى البزل ويجهز لها الالة البازلة وبعض رفائدولغا فتبدن

عملية البزل

ويكون المريض جالساً على كرسي أو مضطجعا على جانبه الذي يكون فيه البزل على حافة سريريه وهو أولى من الجلوس لأن به يسلم من الغشي وفي الهيئة الأولى ينبغي أن يكون ساقاه متباعدتين وبينهما وعاء ينزل فيه السعال وفي الهيئة الثانية يرفع رأسه وصدره ويثنى ساقيه ونخذه قليلا وتلف عليه لفافة بدن فيما بين الجناح الحاجر والسرة لينزل السعال الى اسفل بشدها وتبعد جدران البطن عن الاحشاء * ثم ان البزل يصح في جملة محال من البطن السفلى واختاروا كونه في الجانب الايسر لافي الايمن حذرا من اصابة الكبد لانه كثيرا ما ينتفخ ويسبب وينزل الى اسفل المراق وذلك بان يفرض خط يمتد من اعلى الشوكة المقدمة من العظم الحرقفي الى السرة والبزل يكون في نصف هذا الخط وكونه بعيدا عن السرة وقريبا الى الشوكة الحرقفية أولى حذرا من اصابة الشريان الشراسيفي * ثم يأخذ الجراح الالة البازلة وتكون متقنة بحيث يدخل سهمها في ابوابها ويخرج منها بسهولة ويدهن سنها ويمسكها بيده اليمنى قابضا عليها على يدها الا اليسارية فيمدحها عليها واصلاها الى الحد الذي يريد ان يدخله في البطن وكلما كان الشخص اسمن كان بعد السبابة عن سن الالة اكثر ثم ينقل الالة في جدران البطن حتى تصل الى السعال ويعلم ذلك بزوال المقاومة ثم يمسك الابوية بيده اليسرى حافظا لها في محلها ثم يخرج السهم ويبقى الماسورة في الجرح ليخرج منها السعال وكلما انخفضت البطن شد المساعدون لفافة البدن لينزل السعال نحو الثقب ويغمز برفق على جدران البطن حتى يستفرغ جميع ما فيها ثم يخرج الماسورة باليد اليمنى بعد وضع الابهام والسبابة من اليد اليسرى على جوانب الجرح ليثبت بهما الجلد عند اخراجها ثم يغطي الجرح بلزقة غروية ورقادتين ويحفظ جميع ذلك بلفافة بدن تشد شدا معتدلا فان اتفق عدم خروج السعال بذلك ادخل خمس بلاسن لتبعده الاجزاء التي تسد ثقب الماسورة واذ اسال دم غزير من الجرح بعد اخراج الماسورة وخشي انسكابها في البطن ادخل في الجرح اسطوانة من شمع او قطعة من صمغ لدن لينسد بذلك الوعاء المفتوح * ومن الاستسقا نوع يقال له الاستسقا الكيسي وهو الذي يظهر في احد الاعضاء المنحصرة في البطن السفلى

الحل الذي يدون فيه
البزل

كيفية العملية

ومنه الاستسقا
الكيسي

متكونا في كيس منفصل وكثيرا ما يوجد في النساء في مبيضهن وفي الرجال في بعض الاعضاء البطنية وعلامة ان يوجد الورم في ابتدائه في محل محدود من البطن ثم يمتد شيئا فشيئا الى ان يملأ معظم التجويف والسيال المنحصر فيه بدل ان يكون مصليا صافيا ولونه اترجيا كما يكون في الاستسقا الزقي يكون كثيفا عكرا وقد يكون لزجا وهذا الداء مهلك غالبا ولا توجد له عملية غير انه اذا ازداد حجم الورم حتى زاحم اعضاء الهضم والحجاب الحاذج وصارت حياة المريض في خطر فينبغي له البزل في المحل الذي تكون فيه اجزاء الكيس محاذية للجدران البطنية وهذه العملية لا يحصل منها الا تطويل حياة المريض بعض ايام

المبحث الخامس في آفات المستقيم والشرح وهي عشر

الاولى الجروح

جروح المستقيم الحاصلة من الآلات الوخزية او الاسلحة النارية شديدة الخطر لانسكاب البراز منها في جوف البريتون ارفى النسيج الخلوي الذي للعروض ومع هذا فقد شوهد ان اناسا كثيرة شفيت من ذلك واذا حصلت هذه الجروح فعلى الجراح ان يدافع التهييج المصاحب لها وان يفتح مسلكا للمواد المنسكبة في النسيج الخلوي ويدع الطبيعة بقية المعالجة

الثانية وقف الاجسام الغريبة

الاجسام الغريبة التي تقف في المستقيم منها ما ينزل من القم ويقف في اعلى الشرج ومنها ما يدخل من الشرج حتى يصل للمستقيم ويقف فيه وقد يكون الجسم الغريب حصاة متكونة من الصفرا او من المواد الثقلية فيتسبب عنه حينئذ عوارض خطيرة * ثم ان كانت الاجسام الغريبة ملسا مستديرة تملأ المستقيم من غير ان تجرحه عرض من ذلك الاحساس بثقل من اسفل وامساك شديد وبعد زمن ما يصعد مغص في المعاء الغليظ وينتهي بغثيان وفواق وفي اذ اطال احتباس البراز ظهرت جميع اعراض القثق المحتق وان كانت تلك

عوارض تحصل من
تلك الاجسام

طريقة علمية اتصال
هذه الاجسام

الاجسام ذرات زوايا خشنة هيئت المستقيم وثقبته فيحصل فيه التهاب والم شديد
تعقبه الجنى والقلق وكثيرا ما تحصل اعراض شديدة الخطر ومعالجة ذلك تكون
باستئصال الجسم الذي هو سبب التزعيج والالتهاب * وينبغي في عملية الاستئصال
المذكور ان يضطجع المريض على احد جنبيه ويثنى فخذه وساقه قليلا ويبرز
وركبيه عن جانب السرير ثم يدخل الجراح اصبعه في المعاليقف على قدر الجسم
ووضعه وقوة تمكنه في المحل وعلى حالة الغشاء المخاطي فانه كثيرا ما يحيط بالجسم
ويشغف فيمسكه في مكانه ثم يدخل الجفت فوق اصبعه ويستأصل به الجسم الغريب
وقد يحتاج من اول الامر لتوسيع الشرج بالالة المريية المانعة من انقباض
العضلات العاصرة وقد يحتاج ايضا لشق هذه العضلات التي تكونت منها حافة
الشرج شقا واسعا ليتمكن من اخراج الجسم الذي كان يعسر اخراجه او يخشى
تفتته كزجاجة صغيرة ادخلها شخص في دبره وقد تيبس المواد الثقيلة ونسد
المستقيم فينبغي اولان تحلل بالحقن الزيتية ثم تستأصل بملقعة تدخل فوق
السيابة

الثالثة خراج الشرج

كثيرا ما يحصل في دائرة الشرج خراج يزيد حجمه اذا كانت انسجة الشرج
الخلوية كثيرة ومهينة وهو اما عن اسباب عارضية او عن انثقاب المستقيم ونقود
المواد الثقيلة في الانسجة المجاورة له * فالخراج الغلغموني في الشرج نادر
فاذا حصل فيه من رض او من اسباب خارجية غيره تقدمه انتفاخ التهابي عظيم
ذو احرار والم شديد وعلاجه ان يضمخ في اول الامر بضمادات ملينة ثم يفتح عند
ما يصير فيه التئوج محسوسا ثم يعالجه بالتلايف سد صدبه جزا كبيرا من التئوج
الخلوي ولذا لا يحدث هنالك ناسور بسبب تعري المعالي

خراج غلغموني

خراج برزي

ثم اعلم ان انواع الخراج المحيط بالشرج وقوعا واشدها خطرا ما نشأ من انثقاب
المستقيم وانسكاب المواد الثقيلة وهذا يظهر بورم صلب ثم مؤلم يتمتد ما فشيا
حتى ينسل الى التماسخ فيلتهب الجلد ويصير لونه بنفسجيا وازرق ولا جزاء له الا بالمعالج

حرة متوترة متوترة وقدرا المواد الخارجة من انثقاب المعال يكون على حسب سعة
 ذلك الانثقاب وحصول الخراج وحجمه والعوارض الناشئة عنه تكون على حسب
 سعة التهاب ولذلك يتميز الخراج البرازي الى صغير ومتوسط وكبير ومتى عرف
 وجود الخراج البرازي وجب فتحه من يعالان الثاني في ذلك يوجب زيادة القسادة
 وينبغي في فتحه ان يكون المريض مضطجعا على حافة السرير وبالجبهة المصابة
 من اسفل ونخذهما عمدا ومسترخ ونخذ الجبهة المقابلة لهما من ثلث على زاوية قائمة
 والالية السليمة يرفعها المساعد والالية المصابة يشدها بالخراج الى اسفل ثم يغوص
 بالمشرط في بؤرة الصديد شاقا به شقا موازيا للخط الفاصل بين الوركين وسعة الشق
 تكون على حسب جرم الخراج فان كان في اسفل الشفة الظاهرة من الخرج
 فهو يف يكثر فيه الصديد وجب شق تلك الشفة بالعرض شقا ثانيا ثم يدخل
 سبابة اليسرى في الشرج وسبابة اليمنى في الخرج ليستقصي بها سعة تعري
 المستقيم وارتفاع الثقب الذي فيه وبعد الوقوف على هذه الاشياء يدخل المقص
 جاعلا احد نصليه داخل المستقيم والثاني في الخراج ويقص جميع الاجزاء
 الموحودة بين النصلين وهذه العملية سهلة اذا كان شق الخراج قريبا من الشرج
 جدا فان لم يكن كذلك فينبغي ان يعمل فيه ما يعمل في الناصور العتيق وبعض
 الجراحين لا يريد زيادة توسعة الخرج في شق المعافك ان ينتظر نفاثة جدران الخرج
 وتساخس التهاب ثم يشق فيجعل العملية في زمنين وهذه العملية ينبغي ان تعمل
 اذا تبين ان شق الشرج يحصل منه زيادة التهاب في الاجزاء المجاورة له وهو المعالجة
 ان يوضع في الشرج قليل من نسالة مدهون بجرهم جالينو وعلى الخرج وسادة
 من نسالة وضما دملين يغطي الاجزاء المجاورة وبعض رفائد ورباط تاني يحيط
 بالمحل بوضع اول الحفظ ماذكر

طريقة العملية

معالجة

الرابعة نواصير الشرج

الناصر على الاطلاق هو تفرق اتصال دائم التقيح ضيق او واسع متصل يخوف
 طبيعي او بقناة دافعة وغالب نواصير الشرج تحصل من الخراج البرازي كبر حجمه

الناصر الكامل
لناصر الغير الكامل

او صغر وثقبها الظاهر بسبل منه دائما الصديد والمواد الثقيلة الساكنة وهي جزار
فيحبة تمتد من المستقيم الى الجلد * فان كان للناصر فتحتان احدهما
في المستقيم والثانية في الجلد سمي كاملا * فان لم يكن له الا فتحة واحدة سمي
غير كامل ثم ان كانت في المستقيم دون الجلد سمي الناصر باطنيا وان كانت
في الجلد دون المستقيم سمي ظاهريا ومعلوم ان هذين لا يسميان ناصورا
حقيقيا والاول منهما خراج برازي غير مفتوح من الظاهر والثاني خراج اعتيادي
لم تظم جدراته ولم تلتحم فتحته والناصر الظاهري غير الكامل لا يستدعي
الا المعالجة التي بها يسهل التحام قناته والباطني يستدعي فتح الورم الدال عليه
ليصير كاملا ثم يعالج معالجة الناصر الكامل من اصله وطريق شفاء النواصير
ان تشق العضلة العاصرة للشرح مع جدران المعاء حتى يصل الشق الى ثقبه
الناصر التي في المعاء فيختلط جوف المستقيم بالقناة الناصورية وهذه هي طريقة
شفاء النواصير الكاملة واعلم انه ينبغي لاجل معرفة موضع فتحة الناصر
في المستقيم ان يضطجع المريض على الجهة المصابة على الهيئة المذكورة آنفا
ويدخل الجراح سبابة يده اليسرى في المستقيم ثم يدخل باليد اليمنى مجسا
في الناصور في بعض الاشخاص يسهل وجود ثقب الناصر فيدخل المجس كله
في جوف المعاء فحمة وفي بعضهم يعسر وجوده فيتباطأ نفوذه فيه واذا وجدت
فتحة الناصر الباطنة فلا تشق على الجراح الا شق الاجزاء الفاصلة بين القناة
الناصرية وجوف المستقيم وهذه العملية وحدها كافية في الشفاء
من هذا الداء * واما الاقدمون فكانوا يستعملون حلة طرق لشفاء الناصر منها
الكي بالكاويات وهي طريقة قديمة جدا اوصى عليها ابقراط واستعملها كثير
من الجراحين بعده ولكن التجربة اظهرت ان تأثير الكاويات بطيء جدا والاهتمام
فيها عسر ويحصل منها فساد عظيم فلذلك تركت وحيث لا ينبغي توضيح كيفية
استعمالها * ومنها الاستئصال وهو طريقة قديمة ايضا واستعملت زمنا طويلا
في شفاء نواصير الشرج لكنها طريقة قاسية مؤلمة تسبب عنها نزيف كثير
والتهاب شديد وتقيح طويل وضيق في الشرج عديم الشفاء فلذا تركها الجراحون

طرق المتقدمين

الاستئصال

والربط

الشق

معالجة تابعة

المتجدون * ومنها الربط وهي طريقة قديمة ايضا قليلة الالم كثيرة الامن
 يتم بواسطة سلك من رصاص يدخل الجرح احد طرفيه في فتحة الناصور الظاهرة
 كما يدخل الجبس فيها ويدخل السبابة في المستقيم لتتناول السلك وتحنى الى الاسفل
 كلما وصل اليها منه حتى يخرج طرفه من الشرج ثم يجمع طرفي السلك ويلقهما
 على بعضهما فيقطع هذا السلك الانسجة المحيطة بالمستقيم تدريجيا ويلتحم تدريجيا
 ايضا فيحصل عند سقوط السلك زوال الناصور وفي زمن المعالجة يكشف
 كل يومين او ثلاثة على الحمل ليلف السلك ويضيقه كلما اتسع الى ان يسقط *
 ومنها الشق وهو طريقة معروفة عند القدماء لكنها لم تستعمل عندهم الا قليلا واما
 المتجدون فاستعملوها كثيرا وكيفية ان يدخل جرس قنوي في الفتحة الظاهرة
 وينفذ في الفتحة الباطنة حتى يخرج من الشرج ان كانت الفتحة الباطنة للناصور
 غير غائرة في المستقيم ثم يضع سن المشرب المستقيم في قناة الجرس ويشق من الخارج
 الى الداخل جميع ما كان موجودا في الحمل فان كانت غائرة في المستقيم فلا يتأني
 انخراج الجرس من الشرج بل يدخل الريزج وهو آلة من خشب تحفور احد
 سطحيها كالقناة في المستقيم مدهونا بدهن تما ولتكن قناته جهة فتحة الناصور
 ثم يدخل في الفتحة الظاهرة من الناصور بحسب قنويا لاجازته في آخر قناته وينقذه
 فيها الى ان يلامس طرفه السطح الجوف من الريزج ثم يشق على الجرس من الخارج
 الى الداخل حتى يصل للريزج ويتأكد قطع ذلك كله باخراج الريزج والجرس معا
 وهما متلاقيان بزاوية منفرجة والشق هو اسهل الطرق وانفعها في عملية
 الناصور الشرجي واما الربط فلا يناسب الا الاشخاص الضعاف القلوب الذين
 يخافون من السلاح * والمعالجة بعد العملية تكون بتبديد شفتي الجرح عن
 بعضهما بقتيل من نسالة او شريط من قماش يوضع بينهما وبعد ايام يعالج الجرح
 بوسائد من نسالة مدهونة بمرهم جالينوا تثبت برفائد ورباط تاني

الخامسة البواسير

البواسير هي اورام صغيرة مستديرة ملهات في بعض الاحيان لونها احمر تارة

تكون متفرقة وتارة مجمعة وتكون من تجمعها احتقان يحيط بالشرج وقد تكون البواسير فوق الشرج من داخل فلا تظهر الا عند التعنى للبراز ويخرج وجودها ويجمعها وشكلها كالحبال الاصبغ في المستقيم والبواسير تتكون تارة من اتساع دوالي في الاوردة المحيطة بالشرج وتارة من خروج الدم وسريانه في النسيج الخلوي الذي تحت الجلد والذي تحت الغشاء المخاطي وتارة تتكون من قساد جوهر بعض الاجزاء الوعائية والاسفنجية التي للنسيج ثم البواسير لا تستدعي صرف همة الجراح الا في استفراغ نزيفها اذا احتبس او في تقليل حجمها اذا افراط او في دفع التكايات الناشئة عنها اذا حصلت وينبغي في احتباس نزيف البواسير ان يستفرغ بوضع العلق فوق الشرج او بشق الاورام الباسورية الكبيرة الججم ثم يجلس المريض على وعاء فيه ماء حار الى نصفه لتعين حرارته على اخراج الدم * واذا افراط كبر حجم البواسير احتجج الى العمليات واكثرها خطر عسر وتقلب لا ينبغي ازالة البواسير تمامها بل يزال منها ما كان اكثر تعسبا للمريض او يكثر خروج الدم منه ويبقى البعض لئلا يحتبس النزيف الذي هو في الغلب ضروري لحفظ الصحة * فلما عملت ازالة الورم الباسوري بالكلاويك فقد تم ولكنها خطيرة مؤلمة وفيها ريب ولذا تركها الجراحون المحدثون والكي بالحديد النحى مؤلم ايضا ولذا تركوه * والربط في ازالة الاورام الباسورية الخارجية عملية بسيطة كافية وغير خطيرة اذا كانت الاورام بارزة وفيها بعض زيادة في الججم وقطعها بالمقص ربما كان اجدود لانها امن واسرع ولا ينبغي استعمال الربط في البواسير الباطنة لانه لا يتم بدون ان ياخذ من الورم جزءا من الغشاء المخاطي الذي للمستقيم وكثيرا ما شوهد من ذلك حدوث مغص شديد وانتفاخ في البطن وحى وفواق وقى وجميع اعراض الفتق المحتق فلذا كانت الالة القاطعة اجدود من الربط * والقطع من العمليات الكافية في الورم الباسوري وهو ان تمسك الجهة الاكثر بروزا من الورم بكلاي وتقطع بالمقص دفعة واحدة فيحصل عقب ذلك بسرعة استفراغ ما في الاجزاء ثم نزيف دم بطي مع صديد ويعقبه شفاء والالتحام وانما هذه العملية سهل جدا اذا كانت

عملية ازالة البواسير
بطرق مختلفة

ازالتها بالجواهر الكاوية
او الحديد النحى
ازالتها بالربط

ازالتها بالقطع

البواسير ظاهرة فان سكانت خفية وغير بارزة من الشرج فينبغي ان يدخل
 في المستقيم سداً من نسالة تربط بخيط وتثبت حتى تكون فوق البواسير
 ثم تجذب الى اسفل فتتفرطح وتسيب الاورام الى الخارج فعند ذلك تعمل عملية
 القطع وقد يحصل عقب قطع البواسير نزيف غزير فان كان من جرح ظاهر
 سهل حبسه بالكبس عليه كبساً معتدلاً وان كان عقب عملية في الباسور الباطني
 فلا يمكن حبسه بذلك ويسري الدم في المستقيم ثم يملأ القولون وربما هلك المريض
 من ذلك في لحظة ويظهر ذلك بان يحس بحرارة باطنة معصوبة بالتفاح في البطن
 وضعف في النبض واصفرار في اللون فينبغي لاجل دفع هذا العارض ان يوضع
 عقب القطع سداً من نسالة من بوظة بخيط وتثبت كما مر فان لم يتقطع النزيف
 بذلك فينبغي ازالة السداً وتفرغ المستقيم من الدم المنحصر فيه بالحقن ويؤمر
 المريض بان يتعنى للبراز وان يستعمل السداً المذكورة لاجل اخراج البواسير
 فعند ذلك يظهر المحل الخارج منه النزيف فيكوى بالحديد المحمى

الساوسة البوليبوس

هو سدر في المستقيم جدا وهو ورم رخو ذو ساق ويغلب كونه صغير الحجم ذات قطرات
 ويكون في المستقيم وفي الشرج وانطياشيم والرحم وغير ذلك وله عنق ويظهر بالم
 غائر ثقيل مصحوب بتشوش الهضم واذا لم يكن غائراً جداً ادرك بالبحس بالاصبع
 فان كان يقرب الشرج خرج وقت التعنى للبراز وازالته تكون يقطعه بالمقص
 من ساقه وهذا سهل

الساوسة سقوط المستقيم

كثيرا ما يعرض للمستقيم انه يخرج من الشرج وهذا اما من انقلاب غشائه
 المخاطي على الشرج او من تداخل ذلك الغشاء في بعضه وسقوط الجزء العلوي
 من المستقيم او من نزول القولون من الباطن وهذا الداء كثيرا ما يحصل للصغار
 المصابين بالاسهال والزحير وقد يعرض للشيخوخة المصابين بالحصاة وبالبواسير
 ويعرف كونه من انقلاب الغشاء المخاطي فقط بكون الورم صغير الحجم قليل الطول

وبانه اذا وضع الاصبع فيما بين الغشاء ودائرة الشرج لا يتمكن من النفوذ من ثلثة الغشاء فان كان من تداخل الغشاء كان الورم كبيراً طويلاً وقد يكون طوله من ستة قراريط الى عشرة وربما كان قدما * والذي ينبغي لاجل رد المعاء ان ينكب المريض جاثياً على ركبتيه ومرفقيه رافعاً بحيزته والجراح يغمز بالاصابع المدهونة على الاجزاء الخارجة غمز الطيفعا فان كان هنالك ورم كبس عليه باليد او ربط برباط ضاغط في اول الامر ليقل حجم الورم وان اختنق الورم وظهرت عوارض خطيرة فينبغي عملية الاطلاق بان تشق العضلات العاصرة ثم يرد الخارج ويستعمل لعدم خروجه ثانياً الا بزن الباردة والحقن المقوية ثم الرباط الضاغط على الشرج فان استمر بعد ذلك خروج الطبقة الباطنة من المستقيم وانعتبت المريض فيصبح بدون ضرر ان يقطع الجزء الزائد منها الى حد الشرج وان تبين ان المرض حاصل من استرخاء الشرج نفسه فينبغي قطع بعض الثنيات المجاورة للشرج بالمشروط او بالمقص فان ذلك يضيق المحل ويردله حركة الانقباض والانبساط التي عدت منه

الثامنة سرطان المستقيم

هو من الامراض المهولة ولا شيء يمنع من انتشاره الا الاشياء المناسبة لضد الالتهابات المزمنة المفسدة للنسيج ولا تستعمل عملية من عمليات الاستئصال الا اذا كان الداء غير ممتد وملازماً لجهة واحدة وطريق العملية يتعلق بحذق الجراح فليخترع طريقة حسنة تناسب الحال ليصير بها النجاح وسع ذلك فقد يوجد في المستقيم قروح سرطانية فتكوى بمحلول الزينك في حامض ملح البارود فيضعه على تلك القروح متقدماً من الالة المريسة الرحية وهذه الالة لها نفع غريب في هذه الافات وفي البواسير الغائرة لانها تعرق تمام موضع الداء واتساع داء الامعاء في سهولة وضع الوضعيات اللازمة له

التاسعة ضيق الشرج

كثيراً ما يحصل من انقباض تشنجي دائم في العضلات العاصرة يمنع اندفاع

المراد الثقلية وقد يكون في بعض الأشخاص حاصل من التهاب من من افرنجي
يحدث منه زوال انبساط الشرج تدريجيا ففي الاول ينبغي الجلوس في الماء
واستعمال الادوية المضادة للتشنج والمراهم المخدرة وهذا هو الانسب وفي الثاني
يزاد على الاشياء المذكورة الوضعيات الزبقيية واستعمال الزبيق من الداخل
فان استمر الداء مع ذلك اضطر الى شق دائرة الشرج والعضلات العاصرة * واما
شقوق الشرج فهي اسم لقروح مستطيلة ضيقة قليلة الغور خفية في اقصى
ثنيات الشرج ويتسبب عنها ألم محرق غير محتمل يكون في وقت البراز وخصوصا
بعد خروجه في الغالب لا تكون كثيرة ولا شيء يشفيها الا العملية * والمستعمل
في فصل الشرج مشروط ذو وزن نصله ضيق يبطح على باطن السبابة اليسرى
ويدخلان في المستقيم بعد ان يدهنهما فاذا وصل الى المحل المقصود التفت الجراح
بجهد المشروط الى نحو الشرج وشق الشق اللازم فان كان الموجود في المحل الضيق
وحده وجب كون الشق متجهها الى الجنب والخلف وان كان معه شق فتح عمقه
وبالجمل فالدائرة المنتفخة من الشرج ينبغي قطعها بتمامها لاجل نجاح العملية

شقوق الشرج

طريقة فصل الشرج

العاشرة عدم وجود فتحة الشرج او عدم وجود المستقيم

اعلم انه كثيرا ما تولد الاطفال والشرج فيهم غير منفتح وهذا يختلف من وجوه
الاول ان تكون العضلات العاصرة موجودة وهيئة فتحة الشرج موجودة
الا انه يغشيها غشاء ضيق او رقيق يسدها ويمنع خروج البراز الثاني ان تكون
الفتحة السفلى من المستقيم موجودة ولكنه اذا وضع فيها الاصبع او المحس يحس
بسداد غشائية من فوقها قريبة منها اوبعيدة فيظهر كأن هذه الفتحة نافذة
والحال انه لا يخرج منها شيء الثالث ان يكون المستقيم غير كامل لا يصل للشرج
وغير مثقوب ويحس من جهة اعلى بان طرفه الاسفل مملوء بالبراز وانه منزله
الى اسفل وكثيرا ما يكون المستقيم واصلا للشرج الا ان طبقاته ملتصقة ببعضها
فيكون كجبل لين لا يتجويف له الرابع ان لا يكون الشرج اصل موجود ولكن
بالتفتيش عليه في محل منطته يحس بالورم المتككون في طرف المستقيم وبانه

عملية اللازمة
لهذه الاحوال

الى اعلى الخامس ان لا يدرك الشرج ولا الطرف السفلي من المستقيم لا بالشرج
ولا باللمس السادس وهو الاخير ان يكون المستقيم منفتحا في المثانة
او في المهبل سواء كانت فتحة السفلى نافذة او غير نافذة * وفي جميع هذه
الاحوال ينبغي ان يكون الطفل وقت العملية مستلقيا على ظهره في حجر
مريضته ونخذه وساقا مثنية على بطنه ليكون الشرج والجمان بارزين
مكشوفين ثم ان كان الساد للشرج غشيا بسيطا شق شقا صليبيا بالشرط
وان كان اعلى من الشرج تم الشق المذكور بالسبابة والشرط وان كان الشرج
ضيقا فقط بحيث لا يمكن خروج المادة الثقيلة منه كما يشاهد في الاشخاص
البالغين فينبغي شق دائرة الشرج والعضلة العاصرة المحيطة به وان كان المستقيم
غير كامل ويحس من اعلى بتزليل البراز له فينبغي بعد تفريغ المثانة ان يوصل اليه
شرط ذو نصل طويل ضيق او آلة بزل غليظة بابو بتهافان الابوية تنفع لخروج
المواد الثقيلة وينبغي للجراح في هذه العملية ان يعلم ان المستقيم النازل ليس له
مستدير تركز عليه من جهة المثانة فيكون انحداره الى الامام فينبغي ان يفتش
عليه من جهة الامام متباعد عن العجز وان كان محله الطبيعي هنالك وفي آخر الامر
ان لم يكن اثر الشرج يدل عليه ولا الانتفاخ يدل على المعاد يمكن الوصول الى المعاد
بادخال الشرط او آلة البزل في القسم الشرجي وفي هذا لا ينبغي للجراح ان يغوص
بالالة اكثر من ثلاثة قراريط فاذا وصل الى هذا الحد ولم يجد شيئا فعليه ان يفتح
شرجا مصنوعا وهذه العملية سنشرحها فيما بعد والمستقيم اذا انفتح كله في الرحم
او في المثانة فليس لذلك طريقة شفاء في الجراحة وان انفتح منه قناة صغيرة
في احدهما ويقال له حينئذ ناصور مثاني مستقيمي اورجي مستقيمي فرجيا
حصل الشفاء بالطرق التي تستعمل لمثل هذه العوارض في البالغين وانفتاح
المستقيم في المهبل اقل ضررا من انفتاحه في المثانة لان انفتاحه في المهبل
لا يمنع اتمام وظيفته

الباب الثالث

في أنواع الفتق البطني وما يخصه من العمليات وفيه عشرة مباحث

المبحث الاول فيه كلام كلي في الفتق

الفتق مطلقا معناه زوغان العضو او جزء منه ونقوده من تجويف يحصره الى تجويف اخر او الى خارج الجسم وهو في البطن اكثر منه في بقية اجزاء البدن وهذه الكثرة حاصلة من طبيعة الاعضاء المنحصرة في البطن ومن الاستعداد السائد في جدران تجويفها ومن الوظائف التي تتمها تلك الجدران * اما الاول فلا ان الاحشاء البطنية كثيرة التحرك وسطوحها املس ومنسدى بمصل غزير فتكون قابلة للتشكل باشكل مختلفة وللتحيز في اى جهة من الجهات والامعاء الدقاق والثرث اسهل من بقية الاحشاء في الزوغان والنقود الذين يكون عنهما الفتق ولذا كانا اكثر ما يوجد في الاورام الفتقية ويليهما في ذلك الامعاء الغلاظ والمثانة والمعدة والرحم والطحال والكبد واما الاثنى عشرى والكليتين والبا انكرياس فيظهر انها غير قابلة للفتق * واما الثاني فلا ان الجدران المقدمة البطنية وان كانت تقاوم اندفاع الاحشاء وتعددها لكنها اقل مقاومة من الاقسام الخلفية والسفلية من البطن فهي وان كانت مركبة من طبقات لحمية وليفية بعضها فوق بعض ومختلفة في الاتجاه الا انها كثيرة الاتساع والانتفاض ولان اغلب انواع الفتق البطني يكون في الفتحات الاربية والغذبية التي هي على الجدران الجانبية والسفلى من تجويف البطن والامعاء والثرث لا تزال مندفعتها نحوها عند الانتصاب المعتدل فلذا كان اغلب انواع الفتق البطني في تلك الفتحات واما الثقب السرى والثقب التي تحت العانة ويسمى الثقب السدادى والشرم الوركى وبقية الفتحات البطنية فالفتق فيها اقل مما قبلها والفتق في الحجاب الحاجز والعجان يكون فيما بين اخلية الالياف اللحمية والوترية العريضة المتكون منها هذان العضوان وبالجملة فالفتق يحصل في جميع الجهات التي تكون الجدران البطنية فيها مسترخية وضعيفة بسبب رضى او قروح او آفات شبيهة بها * واما الثالث فلا ان الفتق العنقوانى الشديد الحاصل من شدة افعال عضلات الاطراف والجذع

الفتق البطني كثير
ويحصل من اشياء
كثيرة

الاول تحرك الاحشاء
البطنية

الثاني استعداد
جدران البطن

الثالث الوظائف التي تتمها
جدران البطن في العادة

يمتد منها حتى يتجمع في جدران الصدر والبطن فيقبض الجنبان الخارج من جهة
 وعضلات الجانب المقدم من جهة أخرى وهما يصلبان الاضلاع والحوض
 ويصيرانهما محل ارتكاز صلب للاطراف المتحركة وهذا الاتقياض لا يتم الا بتغير
 في شكل تجويف البطن وبحصول انكماش شديد في الاعضاء المنحصرة في هذا
 التجويف فاذا انكبست الاحشاء الى الاسفل والامام بالجانب الخارج واتدفعت
 الى الخلف بالعضلات المستقيمة والمنحرفة والمستعرضة رفعت الاجزاء الاربية
 والفخذية عن محاسنها فترلق من دفعة بقوة في الحوض الصغير فان كانت الاوتار
 العريضة مسترخية او كان بين اليافها انفصال عارضى انزلت تلك الاحشاء
 في المحال التي هي اقل صلابة وحصل الفتق وكذا اذا لم توجد في تلك الفتحات التي
 ذهبت نحوها الاحشاء المقاومة الاعتيادية الخاصة بها التي تدفعها بها على الدوام
 فانه لا بد من نفوذ الاحشاء فيها وهذه القوة العنيفة في العضلات المتسلطة على
 الاحشاء الكثيرة التحرك في البطن كقوة متحاملة على سيال منحصر في تجويف
 رقيق فاذا اشتدت عليه تلك القوة خرج من جدار ذلك التجويف * واسباب
 الفتق كثيرة وتأثيرها اما بطبي قتريل تدريجيا الموازنة التي لا بد من وجودها بين
 مقاومة جدران البطن واندفاع الاحشاء طلبا لخروجها الى الظاهر بسبب
 الحركات العنيفة واما بقوة شديدة تدفع بها الاحشاء نحو جهة من جدران
 البطن فتخرج دفعة واحدة من ذلك الجدران الذي جعلته الطبيعة مانعا لها
 عن الخروج * وهذه الاسباب منها ما هو مهيوم منها ما هو متم وعالبا يتجمع
 فيحدث الفتق فالمهيئة هي استرخاء الجدران المقدمة للبطن واتساع الفتحات
 وغير ذلك مما يجعل الشخص مستعدا للفتق والتممة هي الرياضة العنيفة والسعال
 الحاصل بحركات شديدة فجأة والطلق بشدة وعنق فان هذه متممة لحصول الفتق
 وقد لا تجتمع هذه الاسباب كلها بقوة واحدة وقد تخرج الامعا دفعة واحدة من
 حركة عنيفة من رجل قوي وان لم يكن في الفتحة البطنية اثر استرخاء وقد يحدث
 ذلك من حركة غير عنيفة اذا كانت الانسجة مسترخية وليس فيها قوة على مقاومة
 اقل اندفاع * والفتق يسمى قابلا للرد وغير قابل له على حسب رجوع احشاء

اب الفتق تؤثر تدريجيا
او دفعة

نهما ما هو مهيوم
وهما ما هو متم

دء بها ترتيب
الفتق

البطن الى مواضعها الخارجة منها او عدم رجوعها الحاصل ذلك من استعدادات مختلفة ويسمى ايضا باسماء خاصة على حسب الاحشاء والفتحات التي تخرج منها تلك الاحشاء اما بحسب الاحشاء فيقال فتق معوى فتق ثربي فتق مثاني فتق رجي فتق معدى فتق كبدى ونحو ذلك واما بحسب الفتحات فيقال فتق اربي ونخذي ووركي وجماني وبطني وسرقي وجماني حاجزي ونحو ذلك ومن اجتماع بعض هذين النوعين تكون اسماء الفتق المركبة الدالة على الاحشاء ومحل الفتق فيقال فتق معوى ثربي اربي للحاصل من نفوذ المعاء والثرى في الحلقة الاربية وكذا يقال في البقية * واذا وجد بقرب فتحة طبيعية من البطن او بقرب شق قديم في جدران البطن ورم حصل عقب حركة عنيفة كثرت شدتها او قلت فذلك الورم ربما كان فتقا ورثا كد كونه فتقا يكون الورم رخو املازما لمحل واحد بدون تغير في لون الجلد ويكون خروجه من الداخل الى الخارج ونزوله من اعلى الى اسفل ويكون الوقوف المستقيم والمشي والرياضة تزيد في حجمه وتوتره وكل من الراحة والاستلقاء يقلل حجمه او يحقيه ويكون الجزء المنفتق يبرز دفعة عند حركة السعال العنيفة ويقرع اليد الموضوعة عليه للاستقصا ويكون له ساق ويقبل الرجوع من الفتحة البطنية ليدخل في جوف البطن وبوجود مغص وتورق المعدة وتغير في نظام افعال الهضم وهذه العلامات لا بد من ظهورها ومصاحبها للفتق على اى حاله كان وفي اى محل كان فلا تفارقه غير ان بعضها يتشوع فيظهر به اختلاف الفتق * والفتق الحاصل من المعاء يكون مستديرا كرويا سهل الرد غالبا وفي ابتدائه يرجع بالغسمز عليه برفق ويصعبه بعض قراقر حاصلة من تجمع الرياح والسوائل المعوية وحجمه يختلف على حسب فراغ المعاء او امتلائه من المواد التي توسعه وقوامه يكون على حسب طبيعة الرياح والسوائل والجامدات المنحصرة فيه * والفتق الحاصل من اثرى يكون رخوا كالهجين غير متساو لا يتغير قوامه ولا يرجع الا بعنف شديد بعد ان يدفع باليد الى اخرج زعمه فيدخل ببطى وبدون قرقرة * والفتق الحاصل من المعاء والثرى معا توجد فيه علاماتهما فيكون اينا كالهجين قابلا للتدد من المواد المعوية واذا ردا دخل احدهما

علامات عامة لمطلق
الفتق

علامات الفتق المعوى

علامات الفتق الثربي

علامات الفتق
المعوى الثربي

مات الفتق المشافي

في الغالب يدور عنق مع قرقرة والثاني يبقى خارجا متعاصيا فلا يرجع الا به نفث
 شديد * والفتق الحاصل من المشاة نادر جدا ومحلّه في الغالب الجفان
 او المستقيم في الرجال او المهبل في النساء وقد شوهد يوروزها امام الفتحات الاربية
 وكيف كان فعلامته كون الورم عظيما متوجعا واذا اجتمع البول في المثانة مدد
 الجدران الخارجية واذا استفرغ قل حجمها وقد يبقى جزء من البول في الفتق
 فيظهر للمريض الاكتفا بما استفرغ فاذا ارد العضو الى محله استشعر حالا
 بالاحتياج الى البول ثانيا وكثيرا ما تتكون الحصاة في الفتق المشافي القديم
 ويحس به من خارج جدران الورم * والفتق الحاصل من الرحم نادر جدا ايضا
 ويمكن ان يكون اريبا او نخزيا وورمه يكون مستعصيا صلبا اكثر من بقية انواع
 الفتق وحجمه لا يتغير والمهبل في هذه الحالة يستطيل ويتجه الى اعلى ما تلا الى
 جهة الورم واذا كان الفتق فيه كاملا لم يصل الاصبع الى عنقه فان كان غير كامل
 وصل اليه ووجدته عاليا جدا والغمز بالاصبع على عنق الرحم يمتد تأثيره في الحال
 الى بقية العضو فتحس به اليد الموضوعة على الجزء المنفتق من الخارج وقد شوهد
 ان الرحم في هذه الحالة يحصل فيه العلوق ويعظم في محل الفتق من البطن خارج
 محله الطبيعي وحيث فلا يشك في طبيعة الفتق * والكبد والطحال لا يكون
 فيهما فتق حقيقي بل معنى الفتق فيهما ان يبرز منهما جزء يرفع المراق من احد
 الجانبين من غير ان يخرج عن محلهما الطبيعي ولنكتف بما ذكرنا عن زيادة شرح
 الفتق فيهما لانهما لا يستدعيان الا المعالجة المستعملة في التهابهما المزمن *
 واول من اظهر الفتق الكائن اعلى السرة قرب المعلقة الخنجرية جراح نيجورورم هذا
 الفتق صغير كروي يابس وربما عسر ادراكه باللمس ويصعبه نشوش كبير في افعال
 الهضم مع بعض توتر في القسم الشراسيني وغالب الجراحين تأمل اولا في هذا
 الفتق فرأوه حاصل من المعدة ثم قال ان هذا العضو لا يقبل الزوغان عن محله فظن
 انه حاصل من القولون المستعرض او من اثرب المعدي القولوني ولكن من حيث
 ان التشريح المرضي لم يجزم فيه برأى الى الان فهو باق على الشك نيسه وينبغي
 صرف الهمة لتحقيقه

مات الفتق الرحي

علامات الفتق
لبدى والطحال

ت الفتق المعدي

تشرح مرضى في الفتق

الدراسة في علم التشريح المرضي للفتق حصل فيها تقدم وبراع في هذه السنين المتأخرة بواسطة سرف همسة المغلين اسكاريا ومنزو وريستر وكامير ورافيرس وكوير ولورسن ودلويتن وشوسيه ومرجولين وبرسيه كوكيه وغيرهم فينبغي الاعتناء بمطالعة كتب هؤلاء المؤلفين والتأمل فيها وينبغي في كل فتق بطني ان يبحث اولاً عن احوال الفتحة الخارج منها الحشوي وثانياً عن الاحوال الغير الطبيعية التي اكتسبها ذلك الحشوي وثالثاً عن الغاييف المحيطة بالورم بدون واسطة ورابعاً وهو الاخير عن الاجزاء التي ظهر الحشوي فيما بينها

الاول حالة مرضية للفتحة
الخارج منها الحشوي

اما الاول فان الفتق اذا تكون ببطي تقدمه استرخا تدريجي في صفحات الوتر العريض البطني فترق وتتسع وتتسع الفتحات الطبيعية التي كانت تلك الصفحات مانعة لها بصلايتها عن اتوسع واذا خرجت الاحشاء منها الى الظاهر زادت اتساعها سريعاً وزالت قوة دائرة تلك الفتحات وشدها فاذا خرجت منها تلك الاحشاء جرت في قنوات فيها اعوجاج وطول ثم تستقيم هذه المجاري بعد الاعوجاج وتقتصر بعد الطول فتختلط قوتها ببعضها ويتسع الخلخل او تفرق الاتصال العارضي الحاصل في جدران البطن الناقض منه الفتق من تأثير الفتق بسرعة اكثر من اتساع الفتحات الطبيعية لان حواف الفتحات اكثر صلابة ومقاومة من حواف تفرق الاتصال ومع ذلك اذا حصل الفتق دفعة واحدة في شخص قوي فالانسجة اللينة التي كانت انبسطت من شدة الحركة العنيفة التي غلبت مقاومتها تنقبض في نفسها وتتكسح كما يحصل ذلك في الاجسام اللينة التي فيها حركات انقباض وانبساط فتضغط الاجزاء المحيطة هي بهاية قوة شديدة او خفيفة فيحصل من ذلك اختناق الفتق حال ظهور الورم وقد يتفق ان لا يحصل ذلك الانقباض لكون صفحات الوتر العريض بقيت منبسطة فلا يحصل منها الضغط المذكور ويرزول في الحال الالم والتعب والاحتقان الذي كان حاصل في اول الفتق

الثاني حالة مرضية تختص
شكل الاجزاء الخارجة

واما الثاني فانه كلما ازداد نزول المعاء او اشب من الفتحات التي تغذا فيها التجذب

الغذاء الى انسجبتهما اكبرهما كان قبل ذلك فيزداد طول كل منهما ويصل الى محال
 لم يكن يصل اليها حال الصحة وليس ذلك حاصل من استرخاتهما كما كان بطن ذلك
 المتقدمون ولا الطول سببا للفتق كما كانوا يظنون ايضا بل الفتق حاصل من
 عدم مقاومة محل سما من جدران البطن على مدافعة المعا والترب واذا امتد الترب
 في الفتحة الفتقية ضاق عرضه فيكون ثنيات متطاولة شكلها من الداخل
 كمثلث قاعدته على المعدة ورأسه في الفوهة الفتقية ويكون من خارج الفتحة
 كالقطر جزؤه الا عرض يكون من الاسفل وساقه يمتد الى اعلى في قناة الفتق
 واذا كان الفتق معويا وكان الخارج جزأ منه فقط تكون منه تجويف اقصاه اوسع
 من عنقه ويتصل بقية قناته الباقية في البطن واذا خرجت عروة معوية
 كاملة وانضغطت جدرانها في الفتحة البطنية تعطلت وظيفة المعا ومع ذلك
 يتردد جزؤه الخارج بسهولة * واذا انضغط الترب في الفتحة الخارج منها حصل
 فيه تجمع بطبيعي خفي ينتهي في الفتق القديم بتغيير نسج الترب او فساد تركيبه
 بالكلية ثم تارة يتجمع الشحم فيه وتارة يستحيل جزأه الضيق الذي فيه الفتحة
 الى حبل لين وقد يتكون في الجزء الخارج كيس ديدان تقاطية وقد شوهد ايضا
 ان الجزء الخارج استحال الى فندقة غضروفية او عظمية والاسباب التي ينشأ
 عنها ذلك في الترب ينشأ عنها ايضا الصفاقة والتيس في جدران المعا المنفتق
 فيزول بذلك لدونها وميلها للانبساط ويدوم الضيق الحاصل من الفتحة الفتقية
 وقد شوهد حدوث التهاب شديد يسبب عنه في ايام قليلة التصاق جدران المعا
 المختنق فزال بذلك تواصل قناته وفي غالب الفتوق القديمة اذا عذمت لدونه المعا
 تمدد مع استرقاق طبقاته وفقدت معظم قوتها الانقباضية بالكلية

يرمز في بقية
 اعضاء المذكورة

واما الثالث فلان جميع الاحشا البطنية التي يلف البريتون اغلب تلاقيفها
 تدفع في الفتحات التي تخرج منها وتوسعها دافعة امامها الجزء المحاذي لتلك
 الفتحة من البريتون وهذه اللقافة البريتونية المحيطة بالفتق اذا ظهرت للخارج
 تكون منها ما يسمى بالكيس الفتقي وهذا الكيس لا بد من وجوده في كل فتق
 الا اذا كان العضو المنفتق خارجا من قرحة بطنية قديمة فانه يوسع محل اتصافها

الثالث احوال
 لغايف المحيطة
 لا ورام الفتقية

بعض الفتوق لا يكون
ملتصقا الا بجزء من
البريتون
فتق هذه الاعضاء
على ثلاثة انواع

من غير ان يخرج معشئ من البريتون * وبعض الفتوق لا يكون ملتصقا كله
بالبريتون وهو الحاصل من الاعضاء التي سطعها غير مغطى كله بهذا الغشاء
كالاعور والمثانة والرسم * والفتق فيها يصير على ثلاثة انواع النوع الاول ان
تتقارب الاعضاء المذكورة تدريجيا نحو فتحة بطنية وتنزلق آتية تحت البريتون
ولم تزل سائرة على هذه الكيفية فانها حينئذ تخرج الى الخارج بدون ان تدفع امامها
البريتون لانها ترفعه وتنزلق فيما بينه وبين جدران البطن واذا كان الفتق
لم يحصل الا في الجزء الغير المغطى بالبريتون فذلك فتق لا كيس له فان خرج العضو
كله جذب معه الى الخارج الغشاء المصلي الملاصق لسطحه فيتكون امام الورم
الفتقي كيس غشائي مصلي تسدفع فيه غالب الامعاء الدقاق والاثرب والنوع
الثاني انه قد يتفق في بعض الاشخاص ان يكون فتق الاعور والمثانة غير اقوى
بل عقب الفتوق الاعتيادية كما في فتق صارذا حجم كبير فانه يجذب اليه البريتون
من جميع الجهات القريبة من الفتحة الفتقية وربما كان الاعور والمثانة ملتصقا
بهذا الجزء البريتوني فينجذب معه الى الخارج والنوع الثالث انه قد يتفق
ان انخرالامعاء اذا خرج ولم يزل الورم الفتقي يزاد فان الاعور ينجذب خارجا عن
البريتون ويصير ملازما لاحد جوانب الكيس الفتقي فيظهر ان ذلك العضو
من تعلقاته ويكون بروزه في هذا التجويف قليل الظهور وقد شوهد في الصغار
وجود الاعور منفصلا معه كيس فتقي كامل وذلك بسبب ان الخصية فيهم
ملتصقة بالاعور فاذا خرجت جذبت هذا المعافى الطبقة الغمدية

الفتق الخلقى يكون
ملتصقا من كل جهة
بالطبقة الغمدية

كلام كلي في الكيس الفتقي

والكيس الفتقي يتكون من عدد وزوغان البريتون في وقت الفتق وذلك الزوغان
يختلف في الاتخاض على حسب التصاق البريتون بجدران البطن بواسطة نسيج
خلوى متدجج كثيرا ندما جبه او قل وكذا سمكه وقوته وكثافته تختلف ايضا فعلى هذا
تارة يكون ظهور الكيس الفتقي من زوغان البريتون عن محله اكثر من كونه عن
عدده وتارة بعكس ذلك (والجزء الضيق من الكيس الملازم لاحسا المحاذي للفتحة

عشق الكيس الفتقي

البطنية يقال له عنق الكيس الفتق وهو رخو وفيه ثنيات بالطول مشكولة من
تقارب جدرانه وفي ابتداء الفتق لا تأثير له في الاجزاء المحيطة بها فاذا قدم اكتسب
صلابة وصفاقة وقوة والتصفت الثنيات ببعضها فيحصل فيه اندماج لم يكن
موجودا قبل * وجسم الكيس الفتق هو مادون الفتق وهو الذي اذا وصل
الى الخارج صار بهيئة الحمل الذي هو موضوع فيه فيكون مفرطيا او مغروطيا
او سطوانيا او غير ذلك على حسب شكل الحمل وقد تصادده موانع فيعلاوها او يتغذ
في القمحات المجاورة لها فيكون على هيئة فصوص او زوايا معلقة او متجاويف
او غير ذلك ومقدار كل من ذلك وشكله مختلف ويضاف على الاسباب المذكورة
التي حصل منها تغير الشكل سبب اخر وهو فعل الاحشاء الدائم في عنق الكيس
وفي جسمه وذلك كما اذا اندفعت احشاء جديدة دفعة واحدة على كيس قديم ضيق
العنق ولم يكن فيه اختناق بل كان ضعيف الالتصاق بدائرة الفتحة الملائمة له
ولم يمكن نفوذ تلك الاحشاء في ذلك الفتق لضيقه فان الفتق القديم ينزل الى اسفل
ويتكون فوقه كيس فتق اخر تكون فيه الاحشاء الجديدة سفينة يوجد ورماني
يتفصل العلوي منها عن السفلي بتضيق حاصل من الفتق القديم * واذا تكررت
هذه الحركة ظهرت اكياس فتقية فوق بعضها على شكل سحجة لهما اكياس
سحجية * فان كان الكيس الجديد غير موضوع باستقامة فوق الورم القديم بل نزل
بجانبه صار الكيس الفتق ذا فصين او اكثر * واخيرا اذا تكون كيس
جديد عقب حركة عنيفة يقرب كيس قديم لا يمكن ان يزول عنقه عن محله
كان هنالك فتق مزدوج اي ورماني فتقيان متوازيان وعنقاهما يجتمعان في عنق
واحد محاذ للفتحة البطنية وهذه الاختلافات كلها تحققت بواسطة الشرخ
وكما تجد التفشيش ظهر غير ذلك قطعاً وجميع ما تقدم شرحه يكفي في ايضاح
تكون هذه الفتق المختلفة

جسم الكيس الفتق

اكياس سحجية

كيس ذو فصوص

فتق مزدوج

رمن الكيس الفتق

وقد يعرض للكيس الفتق عوارض مختلفة تنشأ عن آفات يادية او عن التهاب حاد
او مزمن حاصل في الفتق والاسباب التي يحصل منها غالبا هي ضربات الواقعة على
الفتق والحركات العنيفة من الاحشاء الحاصلة من الداخل الى الخارج وانساب

هذا الكيس يكون غالباً من مشقة تحصل في الأجزاء المنفتحة فتارة تكون لقاقتها
المصلية جراً مغطاة بمادة زلاية جامدة متجددة وتارة تلتصق بالأحشاء وتارة وهو
الأغلب تصير ثخينة أو شحمية أو ليفية وأخيراً شوهد أنها غضروفية أو عظمية
وأما الرابع فإن جميع الأجزاء الخارجية اللابسة على الفتق من الظاهر تتغير نسجها
عالمياً إذا صار الورم قد بماذا حجم كبير وذلك يحصل من التمدد والانضغاط
الحاصلين من الفتق ويزداد الجلد من التمدد الحاصل فيه وتختلط صفائح النسيج
الخلاوي بصفائح الوتر العريض فتتبرى ثم تزول وذلك من انضغاطه بين الجلد والورم
ثم يصير الورم حينئذ سطحياً تحت الجلد وفي بعض الأشخاص تظهر حالة غير هذه
وهي أن يصير النسيج الخلاوي صفيحاً منديجاً ويتكون إلى صفائح يظهر أنها ليفية
وهذا مما غر كثير من حذاق الجراحين وقد يظهر أمام الفتق خراج كيسي
مصل إلى وأورام مكونة من شحم وهذا مما يعسر معه تشخيص المرض *
والالتصاق في الأورام الفتقية إما بواسطة خيطة ويسمى خيطياً وإما بدون
واسطة ويكون إما جديداً رخواً وقد بما خلوي أصلياً في الحالة الأولى يكون
التصاق الأجزاء ضعيفاً يفصل يادى جذب وفي الحالة الثانية يكون قوياً
وقد يكون زائداً في القوة جداً بحيث لا يظهر امتياز بين الأجزاء ثم الالتصاق
على أي نوع كان تارة يكون بجزء الأعضاء المنفتحة فتكون ملتصقة ببعضها في
جزء عظيم منها أو بالكيس الفتقي وتارة تكون بكل جهة من الورم فتكون الأحشاء
الملتصقة بكيس واحد يغطي جميع السطح الباطن من الكيس الفتقي وتلك
الاختلافات لا تعرف تحقيقاً من العلامات الظاهرة في الفتق والعلامات
العامة للاتصاق هي قدم الورم واستعمال الأشرطة الغير الجيدة لمنعها عن
الخروج وعدم رده كلاً أو بعضاً من هيران يظهر ذلك من حجمه أو من تضيق
الفتحات النافذة منها وإذا كانت هذه الالتصاقات قديمة أمكن أن تكون متينة
وصلبة وممتدة وأن يصير الورم الكائن من الخارج مع بقية الأجزاء قطعة
واحدة من جهة صلابة وقد توجد أحوال غير ذلك يظهر منها أن الأحشاء المتصقت
بعضها إلى الكيس التصاقاً ضعيفاً جزئياً * والفتوق البسيطة القليلة

الرابع أحوال الأجزاء
الكائنة خارج الفتق

الالتصاق في الأورام
الفتقية

عوارض تحصل أولاً
من الفتق البسيط

الحجم يمكن ان تستمر من طويلا من غير ان ينشأ عنها عوارض خطيرة واغلب ما يحصل منها بعض تشوش في الهضم وتخممة معوية وتوتر في القسم الشراسيفي * والفتوق القديمة ذوات الحجم يعجزها اعراض شديدة الخطر فيحصل المتواتر عقب التغذية او الرياضة العنيفة او الوقوف الطويل او نحو ذلك ويحصل من هذه العوارض ضعف تدريجي وتشوش في وظائف الهضم ثم انتقال الى حالة الذبول * واذا حصل في الفتق تجميع حاد شديد قال عوارض فيه تسير اسرع سير الورم يزيد حجما ويستند تعاصيا ويمتلي من مادة برازية يضعف سيرها ثم يقف حينئذ يحدث غثيان وفواق قوي قليل يكون في اول الامر مادة كيوسية ثم صفراوية ثم مخاطية واخيرا يكون مادة برازية والمريض لا يكون معه حمى والفتق لا يكون معه الم شديد * واذا استمر هذا الاحتقان والتجمع المعوي المعدي اياما كثيرة بل واسابيع التهبت الامعاء المحتبسة وورمت وزاحمت عنق الكيس الفتقي فيختنق اختنقا خفيفا وشديدا ويصير الورم مؤلما في الحال وتتوتر البطن السفلى ويتواتر القيء ويزداد قلق المريض جدا ويصفر النبض ويتواتر ويريد الامساك حتى لا يخرج من الشرج شيء والسبب الاولي في ذلك هو امتلاء في الفتق اما من مواد برازية او من ديدان او من نوى فاكهة او اجسام غريبة تخر * والالتهاب الحاد الشديد في الاحشاء المنفتقة يكون من اسباب خارجية تؤثر في الفتق او من تجميع معدي او معوي يمتد الى الورم ويكون وهو الغالب من ضيق حاصل من دخول اجزاء جديدة في الكيس الفتقي بسبب حركة عنيفة من المريض وعلى اي حالة لا بد ان يعجزه الم شديد وتيبس الورم وحرارته وزيادة حجمه ويصير مستعصيا وتضيق البطن ويؤلم الغصمز ويحدث القيء ويتوالي بسرعة ويزيد قلق المريض ويتواتر النبض ويصفر ويتصلب ويتعاصى الامساك جدا الا اذا كان المختنق جزا رقيقا جدا فان الاعراض تكون اقل اشتدادا وسيرها اقل سرعة وعلى قدر اشتداد الاعراض تكون سرعة الموت ويتقدمه صغر النبض وابطال الالم وظهور صبغة الموت في الوجه وكثيرا ما تحصل الغثرة في الاجزاء الملتصقة ويوجد في تشريح ميت مات بهذا العرض اثر الالتهاب المعدي والمعوي ظاهرا

وتانيا من الفتوق القديمة ذوات الحجم

امن الفتوق المتهيجة بالاختنقة

ية ظهور الالتهاب باختنق

بامن الفتوق التي بالشديد مصحوب نفاق الاحشاء

وكذا التهاب البرتون كثيرا وفي الفتوق القديمة والتي تسمى برازية والتي تسمى
مختنقة تكون العوارض فيها حاصلة من تهيج الاعضاء المنفتقة وذلك التهيج
قد يتسبب عنه الاختناق بواسطة الانتفاخ الواصل الى الاحشاء المنفتقة بسبب
ذلك التهيج وتارة يكون هذا التهيج عقب الاختناق الحاصل من تضيق الحلقة
وهذا كدأمر سهل الادراك ومعالجة الفتوق البسيطة القابلة للرد تكون بادخال
الاحشاء في البطن وحفظها عن الخروج وباقي المعالجات المستعملة عند الكذايين
المقبولة عند قليل التمييز اشغاء الفتق من اصله غير نافعة بل مضرة واما المعلمون
فليس لهم في ذلك الا طريقان الاول طريقة الود بالغمز والثانية وضع الحزام
الفتقي الجمول لخصوص ذلك * ففى عملية رد الفتق بالغمز ينبغي ان يستلقي
المريض على ظهره ويثنى رأسه وصدره وساقيه وتغذيه وحوضه قليلا بحيث
تكون كلها متقاربة نحو البطن ثم يمسك الجراح باحدى يديه الورم الفتقي
ويرفعه ويأتى نحو الفتحة النافذة منها غامرا عليه برفق ويضع اليد الثانية
قرب هذه الفتحة ليدخل بها العضو المنفتق شيئا فشيئا ويثبت بها كل جزء ادخله
ومعظم صناعة الجراح تكون في لطافة يده وفي آلياته نحو الفتحة بجزء لا ثقل من
العضو المنفتق ليسهل نفوذه وفي انه يذهب بالا حشاء عند دخولها نحو الطريق
التي سلكتها في خروجها ويحترز عن الضغط الشديدي في الاعضاء المنفتقة لئلا
يحصل فيها هتك او تمزق ينشأ عنه التهابها وغثرتها كما شوهد ذلك * وبعد
ان يدخل العضو المنفتق تكون احدى يديه ملازمة للفتحة لحفظ الاحشاء داخل
البطن ويضع الحزام الفتقي باليد الاخرى ولاجل وضعه الجيد ينبغي ان يوضع
مخذه وضعا مستقيما على الفتحة التي خرجت منها الاحشاء ويثبت باقيه على
دائرة الجسم تثبيتا معتدلا بحيث لا يحصل تعب في حركات الوسط ولا في بروز
البطن الى الامام وان لا تكون مخذه محدبة جدا لانها حينئذ تدخل في الفتحة
وتوسعها فتضعف ولاسطعة جدا لانها حينئذ لا تمنع خروجه وان لا يكون
ضغطها قويا لانها تتعب المريض بلا فائدة ولا ضعيفا لانه يكون غير كاف
في منع خروجه وبعد تثبيت الحزام على الوجه المطلوب ينبغي استدامته وكثيرا

عملية الرد

وضع الحزام الفتقي

الثاني علاج الفتق
الكبير الحجم الغير المرتد

ثالث علاج الفتق
لحنتق الملتهب

ابع علاج الفتق
المحتنقة

ما يكتفى ذلك في الصغار والشبان لتضييق الفتحة الواسعة لشفاء الفتق من أصله
* والفتوق ذوات الحجم التي صارت غير مرتدة بسبب التصاقها وزيادة حجم بعض
اجزائها في الخارج قد يسهل ردها بالاستلقاء المستطيل مع تكرار عملية
الغمز كل يوم حين الاستلقاء حتى يرجع العضو شيئاً فشيئاً كما تساقط جسمه
او استطال تلاصقه واما ينفع في ذلك صب الماء البارد على الفتق خصوصاً
في الفتق العظيم الثربي وثمنان هذه المعالجة ولا يوضع حفاظ ثم يوضع حزام فتق
يسكون سطح مخدته المخاذي للفتحة مقعراً ثم يسطح شيئاً فشيئاً فان احتيج
الى تحديده حديبه كذلك فهذه الاشياء ترفع الفتق وتمنعه عن الخروج * واذ اجتمع
في الامعاء المنفتحة مواد ثقيلة او اجسام غريبة وحدثت فيها احتقان وتخممة
وتهييجاً فينبغي صرف الهمة في ارجاع المنفتق بعملية الغمز ويستقرغ قبل ذلك
بدفع المواد المحصورة فيه الى البطن واما المسهلات المتناولة من القم فلا تناسب
هنا وكذا المقيشات لانها تزيد التهييج المعدي المعوي والمشروبات المنبهة لا يحصل
منها نفع بل هي مضرّة والوضعيات الحارة المرخية على الورم الفتق نفعها قليل
ومتى اشتد الالم والتهييج كان وضع العلق نافعا والوضعيات الباردة والتلج يحصل
منها بعض نفع ولا يمكن يتسبب عنها رجوع الحرارة بشدة قوية وذلك مهالك
واذا لم يمكن رجوع الفتق بعد عشر ساعات او ثلثي عشر فليبادر بالعملية
وحيث تولى في هذا العارض الجزء العلوي من القناة الهضمية في راحة من
نشاط مسهل او مقيء او منبه او نحوها فليذهب الجزء السفلي منها لتحديث فيه
انقباضات مقدفة تمتد الى الفتق فتخلصه من المواد المحتقنة فيه وترجعها الى
مسيرها الاعتيادي لتخرج ولا ضرر في ذلك وما يستعمل في ذلك الاحتقان بمغلي
ورق الدخان فانها كثيرة النفع واغلب الجراح حين عولوا عليها في النفع حتى انه على
رأيهم لا تعمل عملية فتق ثغلي الا بعد استعمال هذا الاحتقان (واذا اشتد التهاب
في الاجزاء المنفتحة وكان هناك اختناق اولي او تابعي فينبغي استعمال الاشياء
المضادة للالتهاب فاذا كان الاختناق عقب احتقان طويل في السج احتيج الى
المبادرة بالعملية والاستعمال القصد العام الكثير والجلوس الطويل في البرز

ووضع ثلاثين اواربعين علقه على الورم والضمدات الملبنة وجميع ما يقلل الالتهاب
 والالام الموضعي لانه مادام الالتهاب موجودا لم يتناقص والورم لم ينزل متوقفا
 وقوى الحس لا تنفع عملية الغمز في رد الفتق بل تكون حينئذ خطرة وقد حصل
 من استعمال العلق نفع عظيم في مثل هذه العوارض حتى انه بعد سقوطه سهل
 رد الفتق حالا وينبغي الملاحظة والرفق في عملية الغمز فقد علم من التجربة
 والامتحان ان الغمز يعقب على العضو المنفتق لاجل رده يحصل منه خطر عظيم
 * ولذا لم ينجح ما ذكر من المعالجات اضطر الى العملية فلا ينبغي الاستئصال بها
 ولما خيرها جدا وان كانت المبادرة بها اقل خطرا من تأخيرها بل هي
 في تقسيمها غير خطرة ولا يحصل منها هلاك الا من حيث ان الالتهاب طال زمنه
 حتى احدث في الاحشاء تغير * ثم ان غاية هذه العملية ازالة السبب الناشئ
 عنه اختناق الاحشاء فلذا ينبغي الشق على الورم كله حتى ينكشف الى الظاهر
 ثم يرد بعد عملية الاطلاق * وهذه العملية ينبغي ان يجهز لها ما تحتاج
 اليه من الالات وما يلزم لمعالجة الجرح وذلك مشروط مستقيم واخر محدب
 ومقصات وملاقيط ومجس قنوي سالك الطرف واخر غير سالكه ومشروط ذوزر
 واخيلة مشبعة واسفنجية وما بارد وحار ورقادة غرياليت ونسالة ورفايد ولفافة
 تكون في اول الامر موضوعة تحت المريض * وبعد تجهيز هذه الاشياء وترتيبها
 يوضع المريض مستلقيا على الجانب الايمن من السرير وتكون جذرا في بطنه
 مسترخية ويقف الجراح بجهة يمينه وواحد من المساعدين حاذق بنيه في
 الصنعة امام الجراح وباقي المساعدين على جانبه وبايديهم مصاييح او شموع
 موقودة ان احتيج اليها * والجراح ينبغي له ليا من على اتمام الشق الاول ان يثنى
 من الجلد ثنية مستقيمة على الورم بالعرض ويشقها ويوسعها بقدر الحاجة جاريا
 على الشروط المعروفة في اتمام نوع هذا الشق بحيث يكون ابتداءه من فوق الفتحة
 البطنية بنحو نصف قيراط الى الجهة المائلة من الفتق واذا كان الفتق عريضا
 بحيث يكون انفصال شقي الجرح غير كاف لانكشافه وظهوره ظهورا تاما
 ينبغي توسيع الشق بشق اخر يصال به فان كان في الجلد التهاب وتوتر يمنع رفع

اذا لم تنجح هذه المعالجة
 اضطر الى العملية

غاية العملية ازالة
 الاختناق
 الجهازي

• هيئة وضع المريض
 ووقوف الجراح
 والمساعدين

طريق العملية
 الاول شق الجلد

في نفوذ الشق حتى
الى الكيس الفتق

ثم فتح الكيس الفتق

زالة الاختناق بشق
جهة الحاصل منها

الجلد وثنيه فاليشق وهو على حالته بمشرط محذب * ثم اذا تم شق الجلد فليشق
الصفاق الخلوي والليفية الكائنة بين الجلد والكيس الفتق مع غاية الحرس
والثاني في شقها فلذا ينبغي ان يشقها من اسفل الجهة المقدمة للفتق بواسطة
مقاط او جفت بمسك به جزأ فجزأ من التسيج الخلوي ويشقه باعلا المشرط عند
الشق مسطحا وقد يستعمل الجبس القنوي بدل الجفت بان يتغذه تحت تلك
الصفاق ويشقه باعليه ويعرف الكيس الفتق من تلك الصفاق المنطوية له
برزقة لونه وبالاوعية المنبثة على سطحه وبالمادة المصلية المنحصرة فيه غالباً
وبشفافيته التي في الغالب يظهر منها جدران الاحشاء المنحصرة فيه *
ثم اذا شق ما ذكر فليفتح الكيس الفتق بان يمسكه ويشقه كما سبق في الاجزاء قبله اعني
بالجفت والمشرط ويكون الفتح في المحل الاميل حيث يكون اجتماع المادة المصلية
فيما بينه وبين الاحشاء ثم يتقدم من الفتحة المذكورة بحساقنويا غير سالك الطرف
يلزم به السطح الباطن من الكيس ويشق عليه بعد ان يتحقق انه لم يبق جزء من
الاحشاء امام قناة الجبس ويصح ان يكون هذا الشق بالمقص المنحني على جانبته
بان يدخل احد نصليه في قناة الجبس ولا يقص الا بعد ان يتحقق ما سبق ويعرف
ان الكيس قد انفتح بمشاهدة السطح الاملس للامعاء ومصليته وسمرة لونه
وهيئة وضع الاوعية المغطية له فان كان هنالك ثرب كان كل من هيئة الغشاء وتنوع
شرايينه وصلابته والتغيرات التي حصلت فيه مانعاً من الاشتباه بينه وبين التسيج
الخلوي الظاهر للكيس وعند شق الكيس ينبغي ان يرفع الاحشاء ويبعد ما عنه
بان يدخل اصبعه ويديره حوالى الاحشاء فان كان هنالك التصاق ناشئ عن التهاب
منع الاصبع وسهلت معرفته واذا لم يكف الشق الاول في الكيس وسع كما عمل
في الجلد وكلما انفتح شيء من الاوعية زمن العملية ربط * وبعد تباعد العضو
عما كان محيطاً به يزال الاختناق الحاصل فيه بشق الاجزاء التي تكون منها
الاختناق وربما استعمل في ذلك من المشارط ذوات الزر مشرط بوط اركوبر والثاني
اكثر استعمالاً من الاول وبعضهم يقدم مشرط ديوترن وهو لا ينفرق عن مشرط
كوير الا بكونه قاطعاً بالجهة المحذبة من نصله واخترع شوماس مشرطاً به تكون

عملية ازاله الاختناق

العملية بسيطة وسهلة بالقدر المرغوب * فان كان الاختناق اسفل عنق الكيس سهل مغرقته وشقه بإدخال السبابة في الفتحة الفتقية على طول الاحشاء ويعرف فيها الضيق الحاصل في اصل الفتق فانه حيث رقت السبابة ولم يمكن نفوذها كان هنالك محل الاختناق والسبابة حيثئذ تنفع موصلا للمشرط ذي الزر او مهدية لادخال محس يكون موصلا للالة القاطعة ثم توسع الفتحة بقدر ما يلزم لرد العضو المنفتق وهذه العملية ينبغي ان تكون في الجهة المقابلة للاوعية الجسورة لعنق الكيس الفتق لئلا تصاب فلذلك ينبغي التمسك بالقانون العام وهو انه متى حصل فتق من فتحة طبيعية من البطن ارتلق على الاوعية المسارة في تلك الفتحة بدون ان يرغبها عن محلها فتكفي معرفة الجدران المسارة فيها تلك الاوعية لتصان بتوجيه الشق الى محل اخر بعيدا عنها * وبعد عملية اطلاق الاختناق ينبغي للجراح ان يدخل اصبعه في البطن مستقصيا به ان كان هناك مانع يمنع رد الاحشاء اولا فان لم يكن اسرع بردها والقواعد المقررة سابقا في الجروح البطنية التي معها خروج الاحشاء الباطنة ينبغي استعمالها هنا وينبغي ايضا بعد رد التراب ان يعتنى ببسطه بسطا كاملا فانه قد يتفق ان يكون محتويا على جزء من المعافى يختنق فيه * واذا كانت الالتصاقات الكثيرة الحصول مع الفتق رخوة فينبغي تمزيقها بالاصبع ثم يسعى في رد الفتق على ما ذكرنا في الاحوال البسيطة وهذه عملية سهلة فان كانت باخيلة كان قطعها بالمقص او بالمشرط سهلا قليل الخطر واما اذا كانت صلبة مستحكمة وضمت المعافى لعنق الكيس نهما قويا حتى اختلطتا فينبغي شق القناة نفسها واطلاقها من التجويف واخير اذا كان الالتصاق شاعلا لجسم الورم الفتقي ومستحكما وممتدا فيه وكان بحيث يحتاج في ازالته الى كون الشق في حرات كثيرة ويطول زمنه ويؤلم فالاجود ترك الاجزاء الفتقية خارجا ومعالجتها معاملة قانونية فانه قد شوهد انها ترجع بعد ذلك من نفسها تدريجا وتغطي بقشرة التحامية وتصلحان حيثئذ بحفاظ ذي مخدة مقعرة * وقد يضيق جزء المعافى المحاذي للفتحة البطنية اولعنق الكيس بعد عملية اطلاق الاختناق ولو في الفتوق الجديدة بحيث لا ترجع

الخامس رد الاعضاء
الخارجةعملية الفتق المصحوب
بالالتصاقعملية تعمل في الفتق
المصحوب بضيق المعافى

المواد الثغلية المنصهرة فيه الى سيرها المعتاد فاذا استمرت هذه الحالة وكان الضيق
جديدا اجتهد بعد شق العضو من الاسفل في توسيعه بالاصبع فان لم يتيسر ذلك
قص الجزء الضيق بالمقص ثم عولج معالجة بروج القناة الهضمية التي معها زوال
جوهر وشق الامعاء ضروري ايضا لانخراج الاجسام الغريبة الواقعة في الفتق
* وغنغرينة الجزء الذي يشبه العروة من المعاء المنفتق تستدعي ابقائه خارجا
وينبغي في ذلك التمسك بجميع ما يلزم في الاحوال التي يكون فيها هذا العارض
نتيجة جرح بطني معه خروج عضو فان كانت الغنغرينا حاصلة في جميع لفتق
وصار يخرج من فتحات كثيرة فيه صديد متين فينبغي شقه بالطول مرة واحدة
وقطع الجزء الفاسد من النسيج الخلوي ومن الكيس ومن الاغشية المعوية
ثم معالجة الجرح معالجة بسيطة وليحترز من وقوف المواد البرازية عن استغراقها
فان تعاصى خروجها وحصل هنالك اختناق وكان قد تم شق غنغرينة المعاء
فليدخل المشرط في جوف المعاء ويطلق الاحتباس بشق المعاء نفسه مع
الالتصاقات التي لا بد من وجودها في هذا العارض وينبغي ان يحترز عن ان يقطع
زيادة عن الالتصاق فان تجاوز الحد خطر واعلم ان الاحشاء البطنية
من تبطنة بعضها بقوة سميكة قوية شديدة حتى ان اختناق التراب والمثانة يحصل
منه سريريا مغص وتورع وقبي اكثر مما يحصل في اختناق المعدة غير ان انقطاع
سير المواد البرازية في اختناقها ليس شديدا مثل ما هو في اختناق المعاء وان ضيق
المعاء يحصل منه بعض استفراغ وان كانت بعض عوارضه الناشئة عنه شديدة
وينبغي بعد ازالة الاختناق ادخال العضو ورده في البطن ان لم يكن هنالك مانع من
ذلك والتراب اذا عظم في الخارج وكان ورمه صلبا وكان منسج الساق قليل
الاوعية ينبغي قطعه فان كان بخلاف ذلك لفتق بخرقة مغموسة في سيال ملين
ويبقى خارجا حتى تصيبه الغنغرينا بسرعة فيقطع بالمقص الى حد الاجزاء السليمة
ولا يرد الى البطن الا بعد سقوط خشك يشائه والمثانة اذا كان فيها حصاة
ينبغي فتحها واخراج الاجسام الغريبة منها ووردها بعد التحام جرحها وكذا
يعمل فيها اذا لم يكن هنالك اختناق وكان في جزئها المنفتق حصاة اذا دفعت

ة تعمل في الفتق
حوب بغنغرينة المعاء

الى البطن الزمت فأخير عملية الخصوة تكون اخطر من هذه العملية وقد شوهد
في الفتق الرحمي ان الرحم يخرج من البطن وفيه مادة العلوق فينبغي في هذه
الحالة رده الى البطن ان امكن فان لم يمكن واضطر الى ابقائه خارجا فينبغي حفظه
بجزام على هيئة الحفاط فاذا انتهى زمن الحبل شق الجلد وجسم الرحم واخرج
الجنين ثم بعد التهام الجرح يسعى في رده الى البطن

المبحث الثاني في الفتوق الاربية

صفة القناة الاربية

اعلم ان في القسم الاربي قناة معوجة عمدة من اعلى الى اسفل ومن الجهة الوحشية
الى الانسية فيما بين العضلات المكونة لهذا القسم من الجدران البطنية ولها
فوهتان احدها عليا ويقال لها بريتونية مؤلفة من وتر عريض يسمى القفاة
المستعرضة وفي هذه القناة في هذا المثل توجد فتحة مغطاة بالبريتون جانبها
الانسي صفيق يقرب من الليفية والرحشى رقيق خلوي والثانية سفلى ويقال لها
الجلدية تكونها تحت الجلد وتسمى بالحلقة فوق العانة وهي حاصلة من منفصل
الياف الجزء السفلي الباطني من الوتر العريض الذي للعضلة الكبيرة المنحرفة
والقائمتان الحاصلتان من ذلك المنفصل تثبت الانسية منهما في الجهة العليا
من ارتفاق العانة وتصلب نظيرتهما من الجهة المقابلة والوحشية منهما تثبت
في الشوكة العانية حيث تختلط بالطرف الانسي من القوس الفخذي والجدار
السفلي من القناة المذكورة مؤلف من وتر عريض يشبه الميزاب يحاذي القوس
الفخذي والجدار المقدم منها يوجد فيه اولاً من الجهة الانسية العضلة
المستعرضة ثم العضلة المنحرفة الصغيرة ثم الوتر العريض للعضلة المنحرفة الكبيرة
وهذه العضلات الثلاث مترابكة فوق بعضها وكل واحدة تطول عما تحتها
تدريجاً لتقرب القناة في نزولها من الجلد شيئاً فشيئاً حتى تنفتح تحته والجدار الخلقي
منها يحد بالعضلة المستعرضة والمنحرفة الصغيرة وبجفاة الفتحة تحت العانة
وهذا الجدار كل الرتي في القناة الى جهة البطن رق بخلاف الجدار المقدم فانه كلما
ارتقى ازداد صفاة ومسافة نحو قيراط * ويوجد في القناة الاربية الحبل المنوى

الاعضاء التي تجري
في هذه القناة

ويقال له الخصي ملتصقا ولا يقرب خلوي آت من اللقافة المستعرضة والخصيتان اذا خرجتا من هذه القناة جذبتا معها الياف العضلة المنخرقة الصغيرة التي يتكون من اقواسها المتقلبة العضلة المعلقة ثم ان الحبل المنوي يحيط به اخيرا لقافة خلوية مؤلفة من الوتر العريض المسمى باللقافة السطحية وتصلبه الى اسفل وتخلط بالنسيج الخلوي الذي للصفن وتلتصق من اعلى بالدارة البيضية التي للعلاقة فوق العانة * والفتوق الاربية الكثيرة في العادة تكون في الفتحة البطنية من القناة المذكورة في حفرة من البريتون عائرة في الجهة الوحشية من الشريان الشراسيفي * ثم ان من الفتوق الاربية الفتق الوحشي وهو ما يكون منحصرا في قراب الحبل المنوي امام الاوعية المكونة لهذا الحبل ثم ينزل في الصفن الى اسفل كثيرا كان نزوله او قليلا او يكون امام وخارج الطبقة الغمدية وهذا الفتق ورم مستطيل يمتد مع انحراف من الشوكة الحرقفية الوحشية الى الحلقة ومن الحلقة الى الصفن فان وقف عند الاربية سمي فتقا اربيا وان امتد الى قعر الصفن سمي فتقا صفنيا * ومنها الفتق الانسي وهو الذي يدل ان يخرج من الحفرة البريتونية المهاذبة للقووة البطنية من القناة فوق العانة يخرج من الحفرة التي في الجهة الانسية للشريان الشراسيفي والرباط المتكون من الشريان السرقى وهذه الحفرة كالاولى الا انها اقل غورا منها وهذا الفتق يخلخل او يمزق نسيج الجدار الانسي او الخلفي للقناة الاربية وينفذ في جوفها ثم من جوفها الى الخارج سر يعا ولا يضر الحبل المنوي ولا لقائفه بل تبقى على حالتها الطبيعية ويكون خلف الجهة الانسية لهذا الحبل ولقائفه ونزوله في الصفن يكون على طول الجدران الانسية الخلفية للطبقة الغمدية وللخصية ايضا والورم الحاصل منه كروي الشكل اذا لم يجاوز حد الاربية والاحشا النافذة في هذا الفتق الخارجة من الفتحات البطنية لاتبع ظاهرا استقامة مسافة القناة الاربية بل تخرج من التجويف البطن من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام * ثم ان الاوصاف المذكورة غير كافية في زوال الاشتباه الواقع للجراح في وقت فحصه عن نوعي هذا الفتق لان الفتق الوحشي القديم يحصل عنه اتساع القناة وتقارب فتحها بحيث ان طولها

الفتوق الاربية

لاول الوحشي

لثاني الانسي

اه بين الفتق
الوحشي سهل

يتقص جدا حتى يزول فيظهر ان الاحشاء كلها خارجة من البطن باستقامة
وايضاف ان الفتوق من حيث انها دائما تركز على الحبل المنوى غيره وتفرق
الاوعية التي هو مكون منها فيأتي كثير منها على جوانب الورم الفتقي او امامه
ولكن ينبغي ان يعلم ان هذه الاحوال لا تحصل الا في الفتوق الوحشية القديمة
جدا وان اوعية الحبل المتباعدة عنه لا يمكن ان تختلط بالحبل نفسه فانه يوجد
كاملا ومحاطا بقرايه من الجهة الوحشية المقدمة للفتوق الانسية التي هي
اكثر حدوثا واقل حجما * والاطفال معرضون الى نوع من الفتوق الاربية
الخلقية وهو ان تنزل الاحشاء في طول القناة متبرئة من الطبقة الغمدية والاحشاء
منحصرة في نفس لفافة الخصيتين وهذا النوع يسمى الفتق الخلقي وهو دائما
وحشي لان اصل الطبقة الغمدية ثابت في الجهة الوحشية للشریان الشراسيني
لا يتغير والخصية في ذلك اما ان تلتصق بالاحشاء واما ان تدفعها الاحشاء
الى الخلف والى اعلى فيعسر معرفة وجود الخصية واما ان تقف في الحلقة وتوسع
لفافتها وينزل التراب والامعاء امامها وتصل للصفن وقد يتفق في بعض
الناس ان يكون الفتق الخلقي مصاحبا للقيلة المائية كبر حجمها او صغر
وقد يوجد في البنات الصغار فتوق خلقية تكون في الزائدة البريتونية المصاحبة
لرباط الرحم المبروم * وقد شاهد كثير من المعلمين فتوقا اربية
من درجة من جهة واحدة حاصلة من وجود فتق اربي اعتيادي مع فتق
خلقي وشاهد ايضا فتقين متشابهين احدهما انسي وثانيهما وحشي
وقد شاهد فتوقا خارج القناة الاربية فيما بين متخلخل الجدار السفلي من البطن
وقد شوهد ايضا فتوق وقعت في القناة الاربية وبرزت من غير ان تخرج من فوهتها
السفلى وتجاوزها

الثالث الخلق

الرابع غير طبيعي

رد الفتق الاربي

اطلاق اختناق هذا الفتق

والقواعد العامة لعملية الرد بالغمز قد شرحت آنفا وهي هنا في الفتوق الاربية
سهلة فيمكن الجراح الفتق باليد اليمنى ويغمز عليه حتى يضيق عرض عنقه
فيستدفعه من اسفل الى اعلى ومن الجهة الانسية الى الوحشية على حسب هيئة
القناة الاربية * فان حصل في الفتق فوق العانة اختناق ولم تنفع

المعالجات الباطنة والموضعية في التهاب واختناق ولم يزل مستعصيا اضطر الى
عملية الاطلاق وهي انه من بعد ان يشق الجلد على ما يجب والكيس الفتق من
الجهة العليا للحلقة الى اميل جهة الورم يشق من الاعلى شقا موازيا للخط الابيض
طوله بعض قيعات لا يزوغ عنه يمينا ولا شمالا كما اشار بذلك المعلمون لان ذلك
يخشى منه اصابة الشريان الشراسيفي وطول شق الحلقة ينبغي ان يكون على قدر
حاجة ازالة الاختناق لانه ان كان صغيرا ربما لا يكفي في الرد وان كان كبيرا ربما
اضعف المحل وصيره قابلا لان يرجع منه الفتق فان احترز غاية التحرز الذي اوصينا
عليه وانجرح منه الشريان الشراسيفي فليجنع خطره بان يوسع الجرح من اعلى
ويكشف على الشريان ويربط طرفيه المقطوعين

المبحث الثالث في الفتوق الفخذية

نية القناة الفخذية

يوجد خلف القوس الفخذي فتحة مثلثة عريضة جدا تكون نحو الجهة الانسية
للتنية الليغية المولقة من الوتر العريض الذي للعضلة المنخرقة الكبيرة وهذه الفتحة
لها ثلاثة جوانب احدها مقدم يحاذي القوس الفخذي وثانيها انسي يحاذي
فرع العانة الافقي وثالثها وحشي يحاذي زائدة الوتر العريض السكائنة امام العضلة
ابسواس والعضلة الحرقفية ومن التنية الليغية المسماة برباط جيمبر ناتكون الزاوية
الانسية للفتحة المذكورة ومن هذه الفتحة تخرج الاوعية الفخذية الانسية
من البطن والفتق في هذه الفتحة يسمى بالفتق الفخذي وهي منسدة بشبكة
ليغية خلوية تخص الوتر العريض اى اللقافة المستعرضة ويوجد اعلى هذه الفتحة
حفرة من البريتون ظاهرة جدا والفتحة الفخذية العليا تتصل بقناة طولها
نحو قيراط عريضة من الاعلى اكثر من الاسفل مؤلفة من الخلف من الوتر
العريض الحوضي المنبسط من جهة الاسفل فوق العضلة العانية والعضلة
ابسواس والعضلة الحرقفية المنضجتين مع بعضهما والوتر الحوضي المذكور
يختلط بالوتر العريض الفخذي لان الوتر الفخذي يتكوّن من احدا صوله الوتر
الحوضي والقناة الفخذية تتحد من الامام بورقة سطحية من الوتر العريض الفخذي

ترتبط بجميع مسافة القوس الفخذي وهذه الورقة صفيقة من جهة من الوحشية
 أكثر من الانسية وفيها ثقب كثيرة لنفوذ الفروع الوعائية وفي أسفلها فتحة واسعة
 يتخذ فيها الوريد الصفي العظيم وبهذه الورقة تنتهي القناة الفخذية والفتحة المذكورة
 تتخذ من الظاهر والاسفل بثنية ليفية كاذبة وقطرها العظيم عامودي مستقيم وفي
 أسفل هذه الفتحة الورقتان الرقيقتان اللتان كاتامنفصلتين في هذا المثل ثم انضجتا
 واختلطتا اختلاطا تاما ويوجدان امام الاوعية الفخذية وبثبتهما نسج خلوي
 منديل مجعد من الجهة الخلفية للقناة الفخذية والشريان يوجد من الجهة الوحشية
 والوريد من الجهة الانسية واما مهمما توجد العقد الليفية متخلطة بشريكات
 صغيرة واوردة والشريان الشراسبي ينشأ من حيث يتخذ الشريان الفخذي تحت
 القوس الفخذي ثم يلموا الزاوية الوحشية التي للفتحة العليا من القناة المذكورة
 واتجاه هذه الفتحة منحرف من الخلف الى الامام ومن اعلى الى اسفل والقناة
 نفسها تقرب من خط عمودي مستقيم وفوهتها السفلى افقية متجهة من الخلف
 الى الامام فيحصل من اتجاهها المختلف ان تكون صورتها مربعة منحرف
 الزيد هكذا * وكيفية حصول الفتق الفخذي ان الاحشاء بعد ان تجاوز
 القوطة البطنية من القناة الفخذية تنحدر في طول هذه القناة حتى تخرج من
 فوهتها السفلى او من احدى الفتحات التي في جهتها المقدمة والشريان والوريد
 الفخذيان يكونان دائما من وحشي الجهة الخلفية لعنق الكيس واذ وصل الفتق
 الى تحت الجلد اتسع قعره وارتفع وامتد من احد الجانبين الى الاخر فيه يورما
 مستطيلا موازيا للقوس الفخذي قليلا واغلب الجراحين اشتبه عليه بالورم
 الحاصل من الفتق الاربي والقوطة السفلى للقناة الفخذية يكون ارتفاعها نحو
 البطن بحسب هذه الحركة والقناة نفسها تزول تدريجيا وفي الفتوق القديمة يتبين
 ان خروج الاحشاء يكون من البطن الى ما تحت الجلد من غير ان يتوسط بينهما شيء
 * وورد الفتق الفخذي اعسر من رد الفتق الاربي بسبب صلابته وعدم لين الفتحة
 النافذة منها واعوجاجها فينبغي لاجل تسهيل عملية الرد بالغمز فيه ان ينكس
 اول جسم الفتق حتى يأتي امام الفتحة التي خرج منها ثم يغطي الجراح الورم بيده

حالة الفتق الفخذي

رد الفتق الفخذي

اطلاق اختناق هذا الفتق

طريقة فصل رباط جيميرنا

طريقة شق القوس
الفخذي من اعلى
والانسية او من اعلى
والوحشية

ويقرب دائرة الى المركز ويحتمز على وسطه من الامام الى الخلف ومن الاسفل الى
الاعلى قليلا ويحتمز من العملية من ان يضغط بالجهة العليا من الورم نحو البطن
المحاذي للقناة الفخذية لتلايسها فلا تنجح عملية الرد * وعملية اطلاق
اختناق هذا الفتق ينبغي فيها ان تشق الاجزاء المغطية للاحشاء شقا صليبيا
وهذه العملية يوجد فيها تعسران وخطار عظيمة بسبب انه يوجد من الامام
الاورمية الخصوية منفصلة من عنق الكيس بسبب ضعف سمك الجدار السفلي
للقناة الاربية ومن الجهة الوحشية الشريان الشراسيني ومن الخلف اصول
الاورمية الفخذية ومن الجهة الانسية الفروع الشريانية الناشئة من الشريان
قوق العانة وقد يكون هذا الشريان نفسه موجودا هنالك عند اتيانه من الشريان
الشراسيني فهذه هي الاخطار التي تحيط بالجراح عند العملية فلذلك اوصى
بعض الجراحين بتوسيع الحلقة من غير شق بواسطة الات مختلفة هجرت مع
طريقة العملية * وقد اوردوا لاطلاق القوس الفخذي طرقا كثيرة لاجل
التحرر عن اصابة الاورمية لكن اغلب المعلمين في زمننا هذا يقولون برأى واحد
انه ينبغي ان تكون عملية الاطلاق من الانسية على حسب اتجاه الفرع الافقي
للعانة فوق رباط جيميرنا الا ان تتم عملية الاطلاق على هذه الصورة يخشى منه قطع
الشريان السدادى لانه قد ينشأ من الشريان الشراسيني ويمر خلف رباط جيميرنا
* وكثير من الجراحين يختار شق القوس الفخذي نفسه وبشفة امام من اعلى
والانسية او من اعلى والوحشية بحيث لا يصل المشروط الى ما تحت الحبل الخصي
بل يكون ما را اعلى موازاته من غير ان يصيبه والطريقة الاولى فيها خطر لانه يخشى
فيها من اصابة الشريان المنوى اكثر من الثانية والثالثة هي التي تمسك بها ديوترون
واستعملها كثيرا بنجاح ويلزم في هذه الطريقة ان يكون المشروط منحني اذ ارد
ومحديا من حده وهو الذي اخترعه المذكور وعملية الاطلاق في الفتق الفخذي
لا تعقبها عوارض كثيرة كما كان يظن فيها اما لان الاورمية المجاورة تزوغ وتذهب
من تحت حد المشروط اولان الشق في عنق الكيس اوفى القوس الفخذي لاجل رد
الجزء الخارج بكنى ان يكون صغيرا وهذه العملية وان كان يتبين من ذلك

ان كونها من الاعلى والوحشية مقبولة الا ان التجزية اظهرت انه يصح ان يكون
الشق فيها الى الانسية ايضا وان يشق رباط جبيرنا وتوضيح الشروط التي تنسك
بها في ادخال المشرط وتوجيهه لا بد كرهنا لانه يكون تكرار الما انضغ كفاية
في باب عملية الاطلاق واذا خشى في عملية الاطلاق من ان يأتى المعائن تحت حد
الالة فينبغي استعمال مشرط كوبر

المبحث الرابع في الفتوق السرئية

تشریح جراحی للسرة

يوجد في السرة قبل الولادة فتحة ليفية منسدة بحجة صلبة من اعلى وكذا من اسفل
قليلا حيث تلتصق الالياف الوترية بالشرابين السرئية والبريتون المغطى
للاوعية التي تفرد من هذه الفتحة يغطي هذه الفتحة ايضا من غير ان يخرج منها
والحبل السرى كلما شدا انجذب هذا الغشاء من الشريابين والوريد وتكون
منه حفرة ريماء وصل قعرها للفتحة الليفية فيحصل من ذلك الفتوق التي تشاهد
كثيرا بعد الولادة اي وقتا يربط الحبل واما بعد ربط الحبل واخذ السرة في الالتحام
فان الحلقة الليفية السرئية تضيق وتختلط دائرتها باطراف الاوعية التي صارت
ليفية والنسيج الخلوي يضم ذلك فيصير هذا الحبل اقوى من بقية جدران البطن
والفتق السرى قد يكون خلقيا فتخرج الاحشاء حينئذ من الفتحة التي تفرد فيها
الاوعية وتنزل فيما بين الاوعية وتصير في قاعدة الحبل حجما وشكلا مخروطينا غير
طبيعي وربما حصل الورم على الكيفية المذكورة بعد الولادة من من قليل بان تكون
الفتحة السرئية المذكورة لم تزل قابلة لتنفوذ منها اما لكون الالتحام الذي كان
واجبا ان يسدها لم يكن الوقت كافيا له في انتمام ذلك او لكون المقاومة كانت
ضعيفة فلا تمنع اندفاع الاحشاء * والكهول يندرفهم هذا الفتق وكثيرا
ما يشاهد في النساء بعد الولادة المتكررة وفي الاشخاص الذين بطونهم متوترة
جدا كارباب الاستسقا الزرق وحينئذ فالورم لا يخرج من السرة نفسها بل من
بين التخلخل اللينى الموجود قرب السرة ويكون غالبا من جانبها العلوى او من

الفتوق السرئية تكثر
في الاطفال وتكون
من الفتحة السرئية

وتندرف الكهول وتك
فيما يجاور السرة

جانبها معا ونوع هذا الفتق قابل لكبر الحجم جدا وفي بعض الاحيان يكون صغيرا جدا حتى انه يختفي في الحفرة الجذبية للسرة فيعسر ظهوره وهذه الفتوق الصغيرة السرية ينشأ عنها الاعراض التي تنشأ عن الفتوق الناقذة في الجهة العليا من الخط الابيض * وورد الفتوق السرية ومنعها عن الخروج يسهل غالبا وينبغي في الاطفال المولودين قريبا ان يستقصى فيهم عن قاعدة الحبل فاذا وجد فيها ورم رد الى البطن ثم ربط على الكيس والحبل معا برباط لثلا يرجع الفتق واذا كان في الاطفال استعداد للفتق السري او حصل فيهم وجب ان يوضع حوالى البطن رباط مشدود برفق يثبت به مخدة او رقادة محكمة تمنع خروج الاحشاء من البطن فان الحلقة السرية تضيق تدريجيا بهذا الرباط الضاغط ويتم الشفاء في زمن قليل على حسب سن المريض وقوته وقد ينفق ان يحصل الشفاء من ذاته والكهول المصابون بالفتق السري يمنع خروجه منهم بوضع حزام لدن ذي مخدة ضيقة محدبة مربوط بأربطة منكبية * واذا اختنق هذا الفتق شق الجلد شقا صليبيا مع شدة شحز الجراح في ذلك كلما كان كيس الفتق ملتصقا بالجلد من غير واسطة ثم تعمل عملية الاطلاق من اعلى ومن الشمال لثلا يصاب الوريد السري

معالجة

عملية لهذا الفتق

المبحث الخامس في الفتوق البطنية وهي خمسة

الاول انفجار البطن خلقه فقد يولد الطفل ويكون الجزء العلوى من الخط الابيض فيه منفتحا الا الجلد فيكون سليما وحيثما فيظهر فيما بين العضلتين المستقيمتين ورم مستطيل يكون كبير الحجم او صغيره وربما احتوى على جزء عظيم من المعدة والكبد والقناة المعوية واغلب الناس يكون انفتاح هذا الجزء فيهم غير كامل فيكون الخط الابيض حيثما كثيرا استرخاء واقل صلابة من ان يكون في حالته الطبيعية ويدل على هذه الافة بروز مستطيل يمتد من الغضروف الخنجري الى السرة وحيثما فينبغي حفظ البطن برباط عريض والاجود ان يكون بصدريه ذات اربطة وزناقات نخذية ليستدارك بذلك زيادة الورم وترد به الوطائف الى الاحشاء الزايغة وتعان به الطبيعة على تقوية صلابة الاجزاء التي كانت اهتمت حسن

توكيها وقد شوهد حدوث اتصال الخط الأبيض والنساء بسبب
الحبل المتكور وحيثما فتتبعي لهن هذه المصاحبة لكن لا يطمع في شفائهن بذلك
شفاء تاما

الثاني فتتق الجزء العلوي من الخط الأبيض فقد شوهد كثيرا حصول أورام صغيرة
في الجزء العلوي من الخط الأبيض وكونها مجاورة للغضروف الخنجري أكثر من
أن تكون قرب السرة ويصحبها تورق في القسم الشراسبي ومنغص متوال وتشوش
مختلف في وظائف الهضم وقد نعرص معرفتها في الأشخاص السمان وهي تارة
تنسب إلى المعدة وتارة إلى قولون المستعرض وتارة إلى الجزء العلوي من الترسيد
وهي قابلة لأن تصككون من هذه الأعضاء وهذه الفتوق تستدعي وضع حزام
لأن ذي مخدة صغيرة كثيرة التحذب تضبطها ضبطا جيدا فإن كان فيها اختناق
عملت لها عملية الإطلاق وتكون من أعلى ومن جهة الشمال قليلا

الثالث أورام شحمية تتقدم أمام الفتوق فقد يوجد على الخط الأبيض أورام
شحمية تشبه الفتوق الحاصلة فيه وصلابة هذه الأورام في أغلب الأحوال
وعدم قبولها للرد وعدم الخس فيها يميزها عن الفتوق الثرية التي ربما تشبه بها
ومن حيث أن هذه الأورام الشحمية تفصل جزأ من الخط الأبيض وتجذب
معها جزءا من البريتون بسبب استعداده للفتوق السابعة

الرابع ارتخاء جدران البطن فقد تصبح جدران البطن مسترخية وضعيفة
ومهددة لا قدرة لها على تحمل ثقل الأحشاء وذلك عقب الولادة المتكررة
والاستسقاء والأمراض الشبيهة به في الرجال وحيثما ينبغي أن يوضع عليها حزام
ليعوض به ما نقص من قوتها

الخامس الفتوق السابعة تخرج البطن فإذا صار في جدران البطن فتق عقب
جرح فيها فلا شيء ينفعه سوى الحزام المذكور ونوع هذا الفتق وأسبابه وأحواله
وكيفية خروجه تقدم شرحها آنفا

المبحث السادس في الفتوق العجائنية وهي ثلاثة

الاول للفتوق الجمانية في الرجال اعلم انه اذا اريد بالجهان المسافة المثبتة المنحصرة فيما بين الجبهة المقدمة من الشرج والصفن في الرجال كانت الفتوق فيها نادرة وربما كانت غير واقعة لصلاية الانسجة الموجودة في هذا المحل الضيق السفلي من الحوض وصفاقتها وان اريد به المسافة المشتتة على الورك والشرج والعصص كانت الفتوق غير نادرة وكثير من الجراحين شاهد ذلك عيانا ووجد من نوع هذه الاورام الفتقية فتق المثانة والامعاء الدقاق ويظهر ان الكيس الفتقي حاصل من انخفاض البريتون وانتثائه فيما بين المثانة والمستقيم وتخروجه فيما بين مخمل العضلة الرافعة للشرج وهذا الورم قد يكون موجودا ولا يبرز الى الخارج وسماه المعلنون فتقا بجانيا غير كامل لكنه كلما ازداد حجمه نزل وتأخلف العضلة المستعرضة الجمانية وامتد سريعا في المسافة المنحصرة فيما بين هذا المحل والورك والعصص والشرج واندفع من الجبهة المقابلة ويسمى حينئذ فتقا كاملا فاذا برز ذلك الورم الى الخارج وصل الى الحافة السفلى من الحوض واسفل من ذلك وغطته الياف العضلة العاصرة للشرج والتسيج الخلوي والجلد

الثاني الفتوق الفرجية في النساء ولما كان الجهان في النساء قليل المسافة كان الفتق فيه غير ممكن وانما يكون في مملك الفرج ولا ينزل الى الخلف من جهة حافية الشرج بل ينزل في طول احد جوانب المهبل ويشغل النصف الخلفي من الشفر العظيم الذي في حيزه ويحجم هذا الفتق ربما كان عظيما وامتد الى الساق كما شوهد ذلك والكيس الفتقي في هذا النوع لا يكون منفصلا عن الجلد الا بطبقة خلوية رقيقة جدا

الثالث الفتوق المهبلية والفتوق الحاصلة من المثانة او من الامعاء الدقاق النافذة في المهبل ربما حصل فيها اشتباه عظيم بالفتوق المذكورة وبرزت غالبا الى حد المهبل وقد شوهد انها جاوزت فتحة الفرج وبرزت الى الخارج * واختناق الفتوق الجمانية او الفرجية او المهبلية نادر جدا وقد شوهد اختناق بعضها ويكفي لرجوعها عملية الغمز باليد ووجود رأس الجنين في تجويف الحوض عند الولادة يضغط الاحشاء المنفتحة فيحصل فيها اعراض الاختناق وذلك يستدعي

اختناق هذه الفتوق
ثلاثة نادر

التوليد القهري اذا لم يمكن رد الفتق وهو سهل غالباً وفي وقت العملية يكون المريض مستلقياً ويثنى فخذه ويرفعهما * ويستعمل لحفظ الفتقين الاولين حفاظ تائي مؤلف من دائرة فولاذية لدنة يحيط بالحوض وفيه عصا من جلد عليها مخدة توضع على الفتق لحفظه * ويكفي لحفظ الفتوق المهبلية وضع آلة فرزجية اسطوانية الشكل فان كان هنالك اختناق سهل بعد كشف الاعضاء المنفتحة ان يصعد الى عنق الكيس ويشق بالمشرط ذى الزرع مع التحرز الزائد عن اصابة الشريان الاستحيائي الانسي والمثانة والمستقيم

المبحث السابع في الفتوق الوركية

افتوق الوركية نادرة جداً وقد شاهدنا بعض الجراحين وذلك بان تخرج الاحشاء من الشرم الوركي ويبرز الورم اسفل طرف الالية ويغطي جانب منه بالعضلة الالية الكبيرة وهذا الفتق يسهل حفظه بالامور المذكورة فان كان فيه اختناق كشفت الاحشاء بالشق الى محل الاختناق ثم يزال الاختناق بالشق من الخلف على اصل الرباط العجزي الوركي

المبحث الثامن في الفتوق تحت العانة

الفتوق تحت العانة تندرج داء مثل ما قبلها وتنفذ من الثقب تحت العانة وهي محدودة من الجهة العليا من الفخذ بالعضلة المستقيمة الانسية والعضلة العانية والعضلة الوسطى المقرية وقد تجهل هذه الفتوق ولا تسهل معرفتها فان عرفت ردت ثم حفظت بالرباط التائي فان اختنقت ازيل الاختناق بالشق من الداخل من الجهة المقابلة للمحل الذي تمر منه الاوعية تحت العانة

المبحث التاسع في فتوق الحجاب الحاجز

فتوق الحجاب الحاجز تنشأ غالباً من حركة عنيفة ولا يمكن تحقق وجودها في الشخص الحي فلا تستعمل لها عملية جراحية فلذا كان توضيحها غير مفيد

المبحث العاشر في الاختناقات الباطنة

بجميع ما تقدم بانما كان في الفتوق الحاصلة في جدران البطن التي اختناقها يكون
خارج الفتحة التي نفذت منها الاحشاء وفي حدها او بعيدا عنها قليلا وهي قد
توجد موانع اخرى تنشأ عنها انضغاط بر معوي في داخل البطن فيبطل سير المواد
البرازية وهذه الافة تسمى الاختناق الباطني وانواعه مختلفة وتتميز في العمليات
الجراحية الى خمسة انواع يأتي يانها على الاثر * الاول ان يبرز فتق الى الخارج
ثم يرد بعد اطلاقه ولم تزل الاعراض باقية فبقاؤه لا يدل على حصول اختناق
وذلك الاختناق اما ان يكون حاصلا من لحام غير طبيعي كبر غوره او قل وانزلق
المعا من اسفله واما ان يكون هنالك عتق اخر لا يتوهم وجوده فوق عتق الكيس
الفتقي الذي اتسع بالعملية وكان لا يظن وجوده واما ان ينشقب الثرب او يلف على
المعا فيضغطه في البطن * الثاني شوهة في بعض الناس ان الفتق كله ارتد دفعة
واحدة بحركة الغمز ولم يزل ملتقا بكيسه البريتوني واستمر محتقا بعنق هذا الكيس
في داخل البطن وبقي ممسوكا بريتون جدران البطن فلم يبعد عن الفتحة التي
كان نفذ منها وارتد الا قليلا * الثالث ان هذا الاختناق الباطني يحصل
في بعض الناس عقب جرح بطني التحم بعد زمن ما او عقب فتوق قديمة وقد شوهة
من ذلك ان الثرب التصق بجوف البطن او بجدران كيسه الفتقي فتكون من ذلك
الثرب في البطن حبل صلب يقرب لليقية كثرة توره او قل فينزلق في اسفله او يلف
عليه جزء من القناة المعوية فيختنق بذلك * الرابع قد تكون فتوق الحجاب
الحاجز خلقية وقد تنشأ من حركة عنيفة جدا واذا كانت غير مهلكة في الحال
كانت دائما معصوبة بعسر في حركة التنفس فهذه الفتوق وكذا الفتوق الجحانية
الغير الكاملة والفتوق القليلة الحجم في الفتحة تحت العانة ينشأ عنها آفات
وعسر معرفة الاختناق فيها * الخامس وهو الاخير ان تظهر في بعض
الناس عوارض الاختناق الباطني بدون ان تعرف صفته او محلها وشوهة من
ذلك ان المعالتف بالماساريقا وبطل نفوذ المواد الثغلية منه وشوهة ايضا انه حصل
من التهاب البريتون المتر من التصاق بين الثرب والامعاء وجد ان البطن فحل
من ذلك انضغاط القناة الهضمية وقد يحصل ذلك ايضا من المعلقة الاعورية

ظهور اعراض الفتق
بسبب احتباس المعاء
في الباطن
وتكون في خمسة الاول
لحام غير طبيعي

الثاني التفاف الفتق
بكيسه البريتوني

الثالث انفتال الثرب

الرابع فتوق الحجاب
والجحان

الخامس التصاق المعاء
بالماساريقا

بان تطول وتلتصق على جرم من المعاء وان خيرا شوهد وجوده داخل معوى وكذا
 وجود اجسام غريبة تجتمع وتوقف في محل ضيق من القناة الهضمية فتشأ من
 ذلك ابطال سير المواد الغذائية وجميع الاعراض الناشئة من ذلك *
 والاعراض التي تحدث في جميع انواع الاختناق الباطني تكون مثل
 اعراض الفتوق الملتبسة المختنقة والالم والمغص فيها يتبدى من محل تام من
 البطن ثم يمتد ان سر يعا في جميعها ثم تنتفخ ويحدث فواق وتورع وقىء ويشد
 القلق فيأخذ الى التناهي ثم يهلك المريض اذا لم يرزل العائق الذي منع سير
 المواد الثقيلة بالصناعة او من الطبيعة وهذه الاعراض تشبه اعراض بعض
 التهاب البريتون وبعض انواع الالتهاب الشديد المعدي المعوى وتعلم صفة الداء
 بالامسالة الشديد ووجود المواد الثقيلة في القيء * وينبغي في معالجة هذه
 الافات مراعاة جميع ما يلزم من الملاحظة والاتقان وهذه المعالجة كثيرا ما تعسر
 وقد تعجز فيها الصناعة ويمكن اتمام العملية في بعض الانواع ففي النوع الاول ترال
 الوضعيات العلاجية ثم يدخل الاصبع في الجرح ليستقصى بالقرب منه عن الجزء
 المعوى المختنق فان امكن جذبه الى الخارج مر بالاصبع على طول سطحه حتى
 يصعده الى محل الجمام الخائق له وينقذ من اسفل الجمام زر مشروط كوبر *
 وفي النوع الثاني اعني بعدد الفتق كله يؤمر المريض باحداث حركات عنيفة
 ليخرج الفتق فان لم يمكن خروجه شق الجلد ونفذ الاصبع في البطن ليشده الورم
 وقد يستعمل البغلة بدل الاصبع ثم يفتح السكين قبل عملية الاطلاق في عنقه
 جازيا على الكيفية السابقة وفي النوع الثالث اعني عقب الجروح او الفتوق
 القديمة يمكن ان تشق الجهات المجاورة حيث يكون المانع ثم يرال الاختناق
 اذا كانت صفة الداء معروفة وهذه العملية وان كان نجاحها مشكوكا فيه الا انه
 ينبغي تجربتها وذلك اولى من ان يترك المريض الى هلاك يقيني * ثم ان من
 المعلوم الظاهر انه اذا اختنق فتق بحجابي غير كامل او فتق قليل الحجم في الثقب
 السدادي وامكن معرفته شق على الاجزاء ثم جذب الورم وازيل الاختناق *
 وفي فتوق الحجاب الحاجز والفتوق التي لم يكن هنالك ما يعرف به صفتها ولا سبب

معالجة

امكان العملية
في النوع الاول

امكانها في النوع الثاني

امكانها في النوع الثالث

قد تمكن ايضا في النوع

الرابع

الجراحة تعجز في بقية

الانواع

ابطال سير المواد الثقيلة منها تجزئ فيها الصناعة فلا يستعمل فيها الا الاشياء
المضادة للالتهاب * واذا امكن الوصول في عملية الاختناق الباطني الى محله
ووجد المعتمد من المواد الثقيلة وجب جذب المعالي الخارج وتثبيتته هناك
ثم شقه ليحدث بذلك الشرج الغير الطبيعي وهذه العملية تكن وحدها في ازالة
جميع الاعراض المهلكة وحفظ حياة المريض

الباب الرابع

في الشرج الغير الطبيعي والعمليات التي تلزم لاحدائه وتنفع في شفائه
يحتاج لاحداث الشرج الغير الطبيعي في خصوص علتين احدهما عدم وجود
شرج طبيعي وثانيتهما انفصال حجم المعاكلة او غنغرينته قالوا في اذا ولد الطفل
وشرجه الطبيعي غير مفتوح وايس من عملية لسير المواد الثقيلة من هذا المحل فلا
طريقة لذلك الا احداث شرج غير طبيعي لخراج هذه المواد * وينبغي لاتمام هذه
العملية ان يكون الطفل مستلقيا على ظهره محفوظا بمساعد والجراح يشق في
جهة الاربية اليسرى شقا طوله من قيراط ونصف الى قيراطين ثم يستقصي منه على
انحر القولون ويجذبه الى الخارج ويثبته بخيط يتقده في الماساريقا ثم يشق ذلك المعاكلة
شقا مستطيلا والثانية اذا اضطر في فتق ما لقطع جزء معوى اصابته الغنغرينا
او انفصل حجم المعاكلة اتصالا تاما بالعرض فينبغي تنفيذ خيط في الماساريقا وثبيت
طرفي القناة المعوية المنفصلة على شفتي الجرح ملاسين لهما ليحصل التصاقهما
بشفتي الجرح) والشرج الغير الطبيعي الحاصل من انفصال حجم المعاكلة او غنغرينته
يوجد فيه اختلافات مهمة فتارة تكون فتحة المعاكلة صغيرة ويخرج من الجرح
جزء قليل من المادة الثقيلة وتارة تكون كبيرة والمواد التي تجري في المعاكلة تقسم بين
الشرج الغير الطبيعي والشرج الطبيعي وتارة وهو الاخير يتفصل جميع حجم القناة
المعوية وتخرج جميع فضلات الهضم من الطرف العلوي والطرف السفلي
لا وظيفة له (حينئذ) وعلى اي حاله كان الشرج الغير الطبيعي فلا بد ان تكون حواف
انفصال المعاكلة متصقة بالسطح البريتوني لشقة جرح البطن وهذا الالتصاق

اختلافه في الثانية

في الشرج الغير الطبيعي

يكون بدون واسطة اذا كان عقب الجروح المعوية فان كان عقب الفتوق كما هو
 الغالب كان بواسطة عنق الكيس الفتق فاذا رجع المعالي هيئة وضعه الطبيعي
 جذب معه هذا الكيس فيصير جوفه بمنزلة قناة تنزل فيها المواد الثغلية وتخرج
 من فتحة جدار البطن وهذه القناة ملسا وسطحها الظاهر فيه بريق وباطنها
 يستحيل الى غشاء مخاطي غير طبيعي ويختلف في الطول والعرض * والمعالي الذي
 انفصل او زال من حجمه جزء كبير او صغير يحصل فيه زاوية حادة عند التصاقه
 بجدار البطن فيحصل من هذه الحالة ان المعالي يكون مخنيا من محل فتحة قليلا
 او كثيرا وجداراه المتصقتان بالماساريقا يتكون منهما بروز مثلث في جوفه عند
 الفتحة تارة يكون عظيما وتارة لا يعرف الا بعسر والمواد البرازية يلزم ان تنزل من
 فوق هذا البروز وتحيط به لتنزل من الطرف العلوي من المعالي الى طرفه السفلي
 وهذا النزول لا يكون عسرا اذا كان البروز صغيرا او بعيدا عن فتحة جدار البطن
 ويكون عسرا او ممتنعا اذا كان البروز كبيرا وواصل الى قرب الجرح الظاهرة
 وفي هذه الحالة تصير اطراف المعالي متوازية لا يمكن نفوذ شيء من طرف الى طرف
 آخر لما ان المواد اذا وصلت الى طرف البروز خرجت من تجويف المعالي الخارج
 ولا تغد من الطرف السفلي * ويسبب عن الشرح الغير الطبيعي خلاف
 المسقة والاشتمزاز الذي يحصل للمريض من خروج جزء عظيم من المواد الثغلية
 او جميع المواد من فتحة في جدار البطن تساقص في غذاء المريض قليل او كثير
 على حسب مقدار جزء المعالي المصاب وذلك لان المواد حينئذ تخرج قبل ان تمتص
 الاجزاء الصغيرة الغذائية فينزل المريض ويصل تدريجا الى اخر درجة الذبول
 * ويتفق ان المعالي من حيث انه غير مضبوط في الشرح الطبيعي يسقط الى
 الخارج منقلبا فيحصل من ذلك ورم عظيم الحجم جدا يخرج من طرفه الاسفل
 المواد الثغلية وقاعدة هذا الورم تكون من اسفل ورأسه من اعلى فان كان هذا
 الورم جديدا كان احمر رطبا مندي بالمادة المخاطية وان كان قديما غطته قشرة
 لطيفة رقيقة كالابشرة تصير سطحه قليل الحس عند مماساة الاجسام الخارجة له
 وقد شوهد في هذه الحالة كونه منقلبا فصار ملتهبا ومختنقا * وكثيرا ما يعرض

حالة المعافيه

عوارض ثلاثة تصح
 الشرح الغير الطبيعي

الاول الهزال

الثاني سقوط المعالي
 من الجرح

الثالث التهاب الجلد
 المجاور له وتقرحه

للشرح الغير الطبيعي الحرقعة التييج والالتهاب وتكون في سطح الجلد المحيط به
وتحصل من مماسة المواد النساغة منه له وهذا الالتهاب يعقبه قروح خرازية كثير
او قل غورها والمها * واذا ثبتت بقرب فتحة البطن الاجزاء المعوية المصابة
يجرح معه انفصال او يغتر بنا عقب فتق كما مر عولجت معالجة قانونية بالحقن
المتوالية وبالعصر على الفتحة برفق ليستعان به على خروج المواد الثقيلة من
الطرف العلوي الى الطرف السفلي * والمعلم دبويتن تحسن في رأيه لشغاه
الشرح الغير الطبيعي ان يثقب جانبا الجدارين المتلاصقين من طرفي المعاء
ويسد فيهما ابرة اسطوانية فيها خيط يغوص بها الجراح قدر الامكان فيوجد
الخيط في هذا المحل يحدث التهاب ينشأ عنه التصاق غشاهي المعاء بعضهما
ثم بعد ايام يدخل فتيل من نسيالة في الجرح ويرداد في حجمه عند كل تغير حتى
يصير في غلظ البنصر فتوقف عنه الزيادة فعند ذلك يتبدى نفوذ المواد الثقيلة
في الطرف السفلي من المعاء وبعد زمن ما تنزق الجهة المقدمة من البروز المثلث
وتوسع الطريق الذي فتح فيما بين طرفي المعاء كانت وبعضهم رأى ان يراد
في توسيع الفتحة بقطع ما بقي من البروز المثلث بالمقص شيئا فشيئا وقد فعل ذلك
بمريض وكان متقدما في الشغاه فاعتراه التهاب حاد في البرتون ومات في الحال
* ولما علم المعلم دبويتن عيب هذه الطريقة في ازالة البروز المثلث شيئا فشيئا
اذ يحصل من تكرار القطع تهيج دائم خطر تحسن في رأيه ان يفصل في مرة واحدة
مسافة ما بين الجدارين المتلاصقين من القناة المعوية فاخترع لذلك جفتا شعبتهما
سنتصلتان عن بعضهما وقرصتهما بخوارب أربعة قراريط طولا واحدا شعبيته
رقيقة مفرطة لهما دروز وفي الثانية قناة عميقة قدر قمعة وفيها تجاوبف
توافق الدروز التي في الشعبة الاخرى لتدخل فيها عند الانطباق وكل من الشبتين
فيه بدل الحلقة تثقب تغذ فيه برمة تقرهما وتضمهما بحسب الارادة * وبعد
كشف طرفي المعاء يدخل في كل منهما شعبة من الالة المذكورة ثم يقرهما
ويضمهما برفق في اليوم الاول يكن في انطباقهما تلامسهما فقط وفي اليوم
الثاني يكبس بهما قليلا على المعاء اكثر من الاول وهكذا يراد في الكبس عليهما

معالجة الشرح الحاصل
من جرح بطني مع انفصال
المعاء ومن فتق معه
عُغْرِيَتَا
الرأى الاول لدبويتن

الرأى الثاني له

طريقة العملية

تدريجاً مدة خمسة أيام أو ستة حتى يصل إلى أعلى درجة الانضغاط وتلف على الآلة
من الخارج خرقة وتضبط بخيط بحيث لا يحصل منها تعب ولا تعمل هذه العملية
إلا إذا لم يكن هناك التهاب في الأمعاء وفي البريتون وتدارك حدوث الالتهاب
في هذه الأعضاء يؤثر المريض بالراحة والحمية وبالمشروبات المليئة وبجميع
ما يقاوم الأعراض وبإزالة الضغط الحاصل من الجفت إذا حدث في المحل تهيج
شديد غير أنه لا يحصل ذلك في الغالب ويقرص على البرمة مرة أو مرتين حتى
يتم ترقيق الأجزاء وفي اليوم الثامن أو الثاني عشر والعشرين تزال الآلة جاذبة
معها الجزء المعوي الغنغري الذي صار صفيحة رقيقة جداً * وبعد إخراج
الجفت يوجد هنا الطريق مفتوح بين طرفي المعاتير منه المواد يدون عابق فيقتد
ينبغي مساعدة انسداد الجرح الظاهر برقائد ورباط ضاغط لمنع خروج المواد *
وإذا كان الشرج الغير الطبيعي مصحوباً بناسور ممتد على الجلد كثيراً بعده عنه
أو قل فينبغي أولاً شق هذا الناسور وكشف الفتحة المخاذية لحد ران البطن لتسهيل
عملية المعاتير إخراج المعاء من قبل بارد وتدارك خروجه بالضغط على الشرج
أو بإدخال قنيل في جوفه كثيراً وقل غلظه ويخرج كلما احتيج إلى إخراج وارتفاع
المعاء الرابع بزول بالوضع الأفقي ويوضع الرباط المستدير الكابس عليه واختناقه
يستدعى إطلاق الفتحة البطنية والتهيج والتقرح الظاهران يقاومان بالوضعيات
المليئة والمحللة وكثيراً ما تنفعهما زيادة النظافة وإذا لم يمكن شفاء الشرج الغير
الطبيعي فلتقلل المشقة والاشتراك الذي يحصل للمريض بأن يوضع له قارورة فوق
الشرج تستفرغ فيها المواد الثقيلة عند سريانها ويضغط عليه بحزام وتحفظ
قوة المريض بإعطائه الأطعمة المغذية السريعة الهضم

الكتاب الثالث

في أمراض أعضاء التناسل والبول والعمليات التي تخصها

لما كانت أعضاء التناسل والبول الدافعة والمفرزة من قنطرة بعضها وبينها نسبة
عظيمة في الذكور والإناث ويلامس بعضها بعضاً في جملة محال اقتضى الأمر الطبيعي

ينبغي بعد ذلك مساعد
انسداد الجرح الظاهر

الاشياء التي يعالج بها
ما يصحب المرض

ان تذكر امراض هذه الاعضاء من الذكور والاناث في كتاب واحد وقد حذفوا من
 هذا الكتاب جزاً مهماً وهو ما يخص العمليات التي تستدعيها الولادة العسرة
 لكونه يتعلق بصناعة التوليد ثم قد ذكر وامنه هنا بيان بعض طرق تقص
 العملية القيصرية وعملية قطع الارتفاق لكونهما عمليتان مهمتان جدا يحتاج
 لهما في الجراحة وفي هذا الكتاب سبعة ابواب

الباب الاول في آفات الفرج والمهبل وما يتاسبها من العمليات

آفات الفرج والمهبل عشر * الاولى التصاق الشفرين الكبيرين خلقة فالتصاق
 الشفرين الكبيرين خلقة نادرة جدا وهو امر غير طبيعي اى خارج عن العادة
 واذا وقع كان هنالك خط بالطول يدل على محل الانفصال الذي كان حقه ان يكون
 موجودا وكان كل من البظر وفوهة قناة البول وفوهة المهبل مخفيا ولا يتانى
 خروج البول الى الخارج * وحيث قد تنبغى المبادرة بالعملية وهي ان يشق
 الغشاء الضام لحرفي الفرج بمشرط متهتد على محس قنوى بان يفتح في وسط الغشاء
 المذكور فتحة صغيرة ليدخل فيها الجرس ثم يتم الشق والمعالجة التابعة
 تكون بوضع خرقة مدهونة بمرهم جالينو فيما بين شفتي الجرح لمنع التصاقهما
 نانيا

العملية

الثانية داء القيل قداء القيل من امراض الشفرين الكبيرين وهو شاهد
 بالاكثري في الاقليم المصرى وقد شوهد في الاوربا والجراح الرئيس في الجيش
 الفرنساوى شاهد في الاقليم المصرى حين كان به امراته بها هذا الداء صار شقراها
 الكبيران بقدر الراس وهذا الداء هو التهاب مزمن في الاوعية الليفية واسبابه
 ليست معروفة معرفة جيدة لكن يظن انه تسبب عن الوضعيات المهيجة
 والقابضة في ذلك المحل وربما تسبب عن ولادة شاقة ومعالجة هذا الداء في
 ابتداءه تكون بالجلوس في الايزن وبالوضعيات الملية والاستفرغات الدموية
 الموضعية المتكررة بارسال العلق ونحوه وبقيّة الوصايا الشفائية المضادة
 للالتهاب واما اذا قدم ولم تنفع فيه تلك الوسايط فالعملية هي الاحسن وتكون

يفصل الجزء المريض عن السليم من اصل يشق من الخلف الى الامام احدهما
من الظاهر والثاني من الباطن والتزيف الذي يصدر من هذه العملية ضعيف
بسبب قلة الاوعية المنبثة في ذلك المحل واذا كان كثيرا بظلت الاوعية وربما
اضطرب في ذلك الى خياطة شقي الجرح

الثالثة افراط طول البظر فقد يتقق في بعض النساء ان يطول البظر فيهن حتى
يصير كقضيب الرجل وهذا كان سببا للغلطات الكثيرة في زعم وجود الخنثى
اي لانه يستحيل وجود آلتى الرجال والنساء معا في شخص غاية ما هنالك ان البظر
يطول والظاهر انه لا يوجد الا في بر العرب كالحجاز ولذا تجد النساء يعشقن
بعضهن اشدهن عشقهن للرجال وكان من احكام الشريعة المحمدية تلختان للنساء
* وليس للجراح في ذلك عملية الا قطع البظر وهي عملية يسهل اتمامها بالمشرط
في مرة واحدة ويحبس التزيف بكي المحل بالحديد المحمي وقد اوصوا بهذه العملية
للشفاء من هذا الداء الممهي نيفومانيا وهو افراط الشبق في النساء ولتبع
الاستئنا الذي تفعله البنات كثيرا بافراط

العملية

الرابعة افراط طول الشفرين الصغيرين فطول الشفرين الصغيرين يكثر في نساء
بعض بلاد افريقيا ويندر في نساء الاوربا ويكون عقب الولادة الشاقة فان جاوزا
الشفرين الكبيرين وتيجيا وورما من اصطكال الفخذين حال المشي او بعض الرياضة
او المباشعة ويجب قطعهما من قاعدتهما بالمقص وهذه العملية لا تعسر فيها
ولا خطر ويكفي لمنع التزيف الخفيف الذي يحصل من ذلك غسل المحل بماء بارد
والعملية المذكورة بمنزلة ختن البنات عند بعض القبائل المحمدية

الخامسة انسداد المهبل فالمهبل لكونه كباقي القنوات المنفتحة في سطح ظاهر
البدن ربما كان مسدودا بغشاء البكارة فيكون ذلك الغشاء مندمجا جدا
ضيق الفتحة بحيث يظهر انها كسم الخياط وهذا الانسداد الغير الطبيعي تندر
معرفة قبل سن البلوغ لانه لا يدرك وجوده غالبا الا بعد امساك الجماع
او بعلامات احتباس سيلان الطمث فان الدم يتجمع وقت عاداته في الرحم
او في المهبل ويتمدد من اعلى محل الانسداد ومن المعلوم ان الغشاء المخاطي للمهبل

يقرز مادة مخاطية فتتجمع ويكون هنالك تخراج يمكن ان يزيل غشاء البكارة
 السادسة عدم المهبل فقد يتفق ان يصكون المهبل معدوما بالكلية فلا يوجد
 في المهمل الذي كان حقه ان يكون مشغولا به الاجزى خلوى وعائى يختلف طوله
 ويمتد فيما بين قناة البول والمستقيم اى فيكون كجبل لا تجويف فيه وهذا قد
 يكون في كل المهبل وقد يكون في بعضه وخطره يكون على حسب ذلك ايضا
 السابعة التصاق جدران المهبل فقد يحصل لبعض النساء التهاب شديد من
 الولادة الشاقة فيتسبب عن ذلك التصاق جدران المهبل وانسداده كالأوبعضا
 * فاذا طلب الجراح لمعالجة انسداد المهبل اوضيق فوهته المانع من نفوذ
 سيلان الطمث او من التمكن من الجماع او من خروج الجنين فليشق الغشاء
 المانع من اتمام هذه الوظائف فان كان الغشاء المذكور بسيطا اى هو الساد
 وحده ادخل مشرطا في وسطه وشقه شقا صليبيا ووضع في الشق فتائل تحفظ
 فتحته الى ان تدمل حوافه وان كان معه التصاق بجزء كبير من جدران
 المهبل شقه مع زيادة التآنى والحرص في العملية وليكن المشروط محذبا بعداى
 من حده وليكن السن محذبا بالكلية بان يكون مثنيا على ظهر المشروط ويلقى
 على قصه نرقعة الى قرب سنه * واذا عدم المهبل ولم يكن هنالك عارض من
 ورم او غيره وكان الشخص متمتعاً بصحته فلا تعمل له عملية فان كان هنالك عارض
 كاحتباس طمث تسبب عنه اعراض خطيرة تؤدى الى الهلاك اضطر الى
 العملية حينئذ فيدخل الجراح اولا اصبعه في المستقيم ليستقصى به عن هيئة
 الورم الموجود في الرحم وعن ما يجاوره ثم يدخل القثا طير في المثانة ليستفرغ
 ما فيها من البول لتلاصقها باللات وليكن الشق في المسافة الفاصلة بين الشرج
 والقناة الدافعة للبول وينبغي للجراح ان يكون ماهرا في الصناعة قوى المعرفة
 في التشريح حاذقا بديها حتى لا يصيب المثانة التي هي من الامام ولا المستقيم الذي
 هو من الخلف والغالب في هذا العارض ان لا يعدم من المهبل الاجزوة السفلى
 واما اجزوة العلوى فيكون موجودا واذا لم تكف هذه الفتحة لا تمام وظائف التناسل
 كفت لاخراج سيلان الطمث وينبغي ابقاؤها مفتوحة بفتائل يرا دجملها

عملية تستدعيها هذه
 الاحوال المذكورة

المهبل اذا عدم بالكلية فلا
 تعمل العملية الا عند
 لهو راعراض خطيرة

تدريجاً الى ان يتم الالتحام

الثامنة اتفصال المهبل عن عنق الرحم وتمزقه فانفصال المهبل عن عنق الرحم يكون غالباً من الولادة الشاقة عندما تراحم رأس الجنين الكبيرة جدراته وتدفعها امامها ومعالجته بالراحة والاستحمام واستعمال الابزن والحقن المليئة واما تمزقه فعلى نوعين الاول ما يحصل من تمدده عند مر ورأس الجنين الكبيرة فيه والثاني ما يحصل من ارتكاز رأس الجنين الشديد على جدراته ومزاحمتها لها ودفعها اياها جهة اليمين فيتغنى الجزء المضغوط من الجدران وتحصل فيه خشكة يشة تسقط بعد ثلاثة ايام او اربعة وربما تاخر سقوطها الى ثمانية او عشرة فيتكون من ذلك ناصور مهبل مستقيم يشقى اذا كان صغيراً في ايام قليلة من ذاته بسبب انقباض المهبل على نفسه فان كان عظيماً فلا بد في شفاؤه من الوسائط الشفائية وهي ان توضع اسفنجية في محل زوال الجوهر لتجنع نفوذ المواد البرازية من المستقيم في المهبل

التاسعة تمزق الجحان وملتي الشفرين من الاسفل فتمزق الجحان يحصل غالباً من مشقة الولادة فان كان سطحياً غير غائر شفى سريعاً وان امتد الى الشرج وارتقى في طول الحاجر المهبل نخرج البراز بغير ارادة وصارت فتحة الفرج والمستقيم واحدة وحصل من ذلك مشقة عظيمة للمريض وقد حسن عند الجراحين المستجدين شفاء هذا الداء بالخياطة واختراعوا لها بجلة طرق اسهلها ان يعطى للمريض قبل العملية مسهل خفيف مرة او مرتين ليستفرغ ما في المعاء ويبقى بعد العملية يومين او ثلاثة من غير تبرز ثم يقطع بالمقص شفى الانفصال نظير ما يفعل في الشفة الارزبية ثم يضمهما بغير زتين من الخياطة المتفرقة يجعل احدهما على مبدء المهبل والثانية فوقها بغير ابط وتبقى الا بر ثلاثة ايام او اربعة وبعد اخراج البرز تؤمر المرأة بان لا تفرج بين فخذيهما وان لا تتعنى في البراز بواسطة استعمال الحقن وبالامتناع عن الجماع مدة كافية لذلك واما تمزق ملتقى الشفرين فيحصل كثيراً عقب ولادة اولية سيما اذا كانت اجزاء الفرج قليلة التمدد والانبساط وكانت راس الجنين عظيمة وخرجت دفعة واحدة من غير ان تشعر بها القابلة فلم

تحفظ بيدها الجمان وينبغي في هذا استعمال الالة المسماة بجفت الولادة ثم ان كان
التعرق في الشوصكة فقط شئ من ذاته وينبغي ان يستعان على شفائه بالراحة
وتقارب الغذاء وان امتد الى الجمان والحاجزين المهبل والمستقيم كان اكثر خطرا
مما قبله لان المواد البرازية حينئذ تخرج من غير ارادة بسبب اتحاد قهقري المستقيم
والفرج ولذلك لم يكن له سابقا معالجة واما الان فقد شفيت مرارا عديدة بالمعالجة
الجراحية

العاشرة وراثد الغشاء المخاطي الذي للمهبل فقد يتولد على مبدأ الغشاء
المخاطي الذي للمهبل زوائد افرنجية وقرنبيطية وتنحرف فيبقى قطعها بالمقص وقت
معالجة الداء من الباطن بالدوية الزبقية وينبغي وقت القطع تمييز الوريقات
الاسية عن الزوائد الا فرنجية لئلا تقطع وان كان غير خطر وقد يتولد في الغشاء
المخاطي المذكور السواليوس ويكون صغير الحجم فينبغي ربطه وقطعه وفي بعض
النساء قد ينشأ من التهاب الغشاء المخاطي المهبل ظهورا وورام فطرية تسد المهبل
وتصير جدرانها اسفنجية ولحمية وهذا يحصل غالبا من التهور في استعمال المهيجات
وينبغي مقاومة ذلك بالغسل بالاشياء المليئة وبالايزن القاترة وبالحمية القاسية وفي
بعض الاحيان تكون المقاومة بالايزن الثانوية والاغتسال بمحلول سولفات زينك
اي ملح روح التوتيا مع مغلي العفص وبالايزن النصفية الباردة ويضاف عليها
نصف اوقية من حمض ملح الطرطير متحدا مع الحديد فان هذه الاشياء يحصل منها
نجاح عظيم بسبب انها تغير التهييج الحاصل في الاعضاء لمصا به تهيج اخر

الباب الثاني في آفات الرحم وما يلزم لها من العمليات

آفات الرحم اربع عشرة آفة

الاولى الجروح

جروح الرحم تندرج عند الذالم يكن متددا من العلوق لانه حينئذ يكون محفيا في
الحوض ومكتنفا بعظامه وبالمثانة من الامام وبالمستقيم من الخلف ومحل الجرح
وغوره واتجاهه وسيلان الدم من المهبل علامات آفات الرحم وزمان الحبل يكثر

فيه تعرض الرحم للاضطراب والرض وتفرق الاتصال بسبب زيادة حجمه وتقل
الجسم المنحصر فيه وهذه الجروح مهما كانت لا تستدعي الا المعالجة المضادة
للالتهاب العامة والموضعية واذا كانت المرأة ملاما فينبغي لها التمسك بالاشياء
التي تناسب لمنع الاسقاط وحوادثه الخطرة كالاسترخاء والحمية والابتن
والفصد

الثانية الانسداد

قد ينسد عنق الرحم انسدادا خلقيا او عارضا يحصل فيه من التصاق حواف
الفتحة الرحمية عقب التهاب شديد في ذلك المحل حصل من ولادة شاقة وقد يتفق
في بعض النساء ان يكون الجزء البارز من عنق الرحم فيهن ملتصقا بجدران المهبل
فيتسبب عن احتباس الدم في الرحم بذلك اعراض يقل خطرها ويكثر كعدم
سيلان الطمث وانتفاخ البطن الذي يزيد في كل شهر والتعرج المحسوس في الرحم
* والعملية في ذلك ينبغي فيها ان تكون المريضة مستلقية على ظهرها متباعدة
الفخذين والساقين من مساعدين يمسكانهما ثم يدخل الجراح في الفرج آلة البزل
او مشرطا لافاعا على نصه خرقة الى قرب سنه حتى يصل به الى الرحم مهديا له على سبابة
اليدين اليسرى فيشق به الرحم شقا صليبيا يستقرغ به ما فيه من السائل ثم يحفظ
الشق بفتائل يضعها فيما بين حافته حتى تلتحم كل واحدة على حدتها *
وهذه العمليات والعمليات التي يستدعيها انسداد المهبل يعرض لها قليل
تعسر ولا يحصل منها للمريض خطر فلذا كان ينبغي ان يتقدمها فحص جيد عن
حالة الاعضاء البطنية واستعداد لتدارك الالتهابات الشديدة بمقاومتها بالاشياء
القوية الفعلة

الثالثة التحول

لما كان الرحم موضوعا بين عضوين يتغير حجمهما احيانا كثيرة ومرتبطا
برباطات غشائية قابلة للتدد وضعيفة التحمل كان قابلا للتحول واظهر تحولاته
ما كان من الامام الى الخلف او من الخلف الى الامام ويقال لهذه التحولات الامامي

عملية

نوع هذه الغشمان
معرض للالتهاب

عملية التحولين

الم يمكن رد الرحم المتعدد
ن العلوق الى محله وجب
فعله

انحراف الرحم

والتحول الخلقى والاول منهما يكون فيه قعر الرحم متجه الى الامام وعنقه الى الخلف والثاني بعكسه وكلاهما يحصل للرحم وهو فارغ من الحمل او في الاشهر الثلاثة الاول منه ويكون ذلك التحول يسيرا او كثيرا على حسب كون ميل قعر الرحم من الخلف الى الامام او من الامام الى الخلف بارتفاع واحد او كون القعر اخفض من العنق وهاتان علتان تصحبهما اعراض كثيرة والتحول الخلقى اكثر وقوعا واشد خطرا من الامامى وغالبا يكون فيه البعد ازيدا ويتسبب عنه الموت اذا حصل بعد العلوق فاذا فتح الميت وجد فيه الرحم مرتقا متعلقا في الحوض وتعرف احوال التحول باللمس من صفة تمدد الرحم * وفي عملية هذين التحولين ينبغي اولان يبدأ باستفراغ المواد الثقيلة والبول وان كانت المرأة متألمة جدا والاعضاء ملتبسة وموالة وضع العلق على الفرج وامرت المرأة بالجلوس في الابرن ثم ان كان التحول اماميا استلقت المرأة على ظهرها مثنية اطرافها العليا والسفلى لتسترخي جدران البطن منها واجتهد الجراح في رفع الرحم باصابع يده اليسرى ذاهبا بها في عمق البطن السفلى الى فوق العانة وان كان التحول خلفيا انكبت المرأة على وجهها معتمدة على مرقبها وركبتيها رافعة بحجرتها وادخل الجراح اصبعين من اليد اليمنى في المستقيم دافعا بهما جسم الرحم الى الاعلى والامام وماسكا عنقه باصبع اليد اليسرى ساحبale الى جهة اتجاهه الطبيعي وربما دخل ايضا اصبعين او ثلاثة في المهبل ليسند بهما قعر الرحم ويدفعه الى الامام * واذا انزلق الرحم في الحوض في الشهر الرابع من الحمل وتحول الى الخلف ولم يمكن رده الى وضعه الطبيعي اضطر الى شقه من جهة المهبل وهذا نهاية ما يستعمل في هذه الحالة ويعقبه الاسقاط وبدونه لا يتم حفظ حياة المرأة وقد عمات هذه العملية مرات كثيرة بنجاح وهي مقبولة اكثر من عملية قطع الارتفاق التي اوصى عليها بعض الجراحين * والرحم في النساء الحوامل ربما انحرف الى اليمين او الى اليسار او الى الامام فيحصل من ذلك تعسر في الولادة ومنع ذلك سهل بواسطة ان تضطجع المرأة على الجانب المقابل لجهة الميل وهي التي يكون فيها العنق وان يدفع قعر الرحم الى تلك الجهة ليعتدل

الرابعة السقوط

إذا فارق الرحم وضعه الطبيعي ونزل إلى أسفل فإن وصل إلى نحو نصف المهبل قيل له نزول بسيط وإن وصل عنقه إلى فوهة المهبل قيل له سقوط الرحم وإن برز إلى الخارج وثناً فيما بين الفخذين قيل له خروج الرحم ويتبع هذا السقوط الحاصل من استرخاء أربطة الرحم أو من استرخاء الأنسجة الخلوية الحافظة له أعراض مختلفة والاسترخاء المذكور يحصل غالباً من السقطات والحركات العنيفة ونحو ذلك فإذا حصل سقوط الرحم استشعرت المرأة بشغل في الحوض وتورق القسم الشراسيفي وأعراض عصبية كثيرة الاختلاف وإذا برز إلى الخارج صحب الأعراض المذكورة ورم مخروطي الشكل يغطيه اتساع المهبل عليه وتكون فوهة عنق الرحم مفتوحة في رأسه فإذا تبع هذا الورم من مماسة الهواء والملابس والبول التهاب كثيراً وغطته مادة مخاطية كالصديد أو تقرح تقرحاً غائراً وقد يتفق أن يجف فوقه الغشاء المخاطي المهبل ويصير عديم الحس * والذي ينبغي لشفاء الآفات المذكورة أمران أحدهما رد الرحم إلى موضعه الطبيعي وتثبيتته فيه بواسطة فرزجة مصنوعة صناعة جيدة والفرزجة هنا آلة صلبة تتخذ من طين أو خشب أو عاج أو فضة أو صمغ لدن وتدخل في المهبل لينبت بها الرحم في الآفات المذكورة أو في حفظ الفتوق المهبليّة بعد ردها كما مر في بابها والقديما كانوا يستعملون فرازج دوائيتوهي تتنوع إلى ملىنة وقابضة ومفتحة وغير ذلك وشكلها يكون بحسب الحاجة فتجعل مستديرة وبيضية واسطوانية وغير ذلك وتثقب ثقباً مستديراً في مركزها وأكثرها استعمالاً ما كانت من صمغ لدن مستديرة الشكل أو بيضية والبيضية أجود إذا احتاج جرح من دائرة المهبل إلى الاستناد كما في الفتوق المهبليّة ويجب أن تدهن هذه الآلة قبل إدخالها بدهن أو زيت وإن تكون محكمة الوضع لتسند الرحم بدون أن تسبب الماء الذي يحفظ هذه الآلة في موضعها انقباض فوهة المهبل عليها وينبغي إخراجها وتنظيفها المرة بعد المرة وقد يتفق أن ينفذ عنق الرحم في ثقب الفرزجة بسبب ارتكازه عليه

ينبغي رد الرحم وتثبيته
في محله

ويطول وربما انتفخ من الجهة المقابلة فيعسر اخراج الالة فلذا كان ينبغي ان يكون ثقب الفرزجة ضيقا وكيفية ادخال القرانح ان تستقرخ اولا المثانة وتلصق بالثبويل والحقن ثم تستلقى المرأة على ظهرها متباعدة الفخذين راقعة بحيزتها ناصبة ساقيها وتثبت قدميها على السرير وتدهن الفرزجة بزيت اودهن وتدخل ان كانت يضيئ من احد طرفيها الى اعلى المهبل ثم تعرض فيه لتتمدد من احد جانبي الخوض الى الاخر وينبغي ان يكون عنق الرحم محاذيا لثقب الفرزجة ثم تحفظ باصبع وتؤمر المرأة بالوقوف ليرتكز عنق الرحم على سطح الفرزجة ثم بعد برهة تجلس المرأة وتستلقى مدة متحررة عن المشي حتى تثبت الفرزجة لما ان اجزاء المحل تنقبض عليها والمشقة التي تحصل لها من وجود الفرزجة في الجلوس اقل منها في طالة المشي واشد اتعاب الفرزجة اول وضعها لانه يتسبب عنها حيقته زحير وميل للبول بسبب ضغطها على المثانة والمستقيم ثم يعودان عليها تدريجا ويسهل على المرأة المشي ولا تزال القرانح الا بعد حصول الشفاء وهو سنة ونصف سنة وينبغي ان تخرج الفرزجة في كل خمسة عشر يوما ويحقن المهبل بالماء القاتر وينظف والقرانح المسطحة لا تمنع الجماع وعوارض القرانح سيلان رحي يصعبه تيج فاذا اشتد الالتهاب وجب ازالته فلذلك تؤمر المرأة بغسلها كثيرا

الخامسة الانقلاب

قد يتفق ان يتقلب الرحم اما في زمن المخاض او في زمن الولادة او عقبها سيما اذا حصلت الولادة دفعة واحدة وذلك لان للرحم عند الولادة حركات انقباضية بها يدفع الجنين الى اسفل فرما تبعه الرحم في النزول فيحصل الانقلاب وهذا الانقلاب اما ان يكون بانحدار قعر الرحم فقط او بخروج جزء من جسم الرحم من فوهة عنقه او بخروجه منها بتمامه فيصير سطحه الباطن ظاهرا او بالعكس ويكفي في معرفة هذا الداء الجس ولا بد ان لا يشتبه ببوليوس الرحم اذا انتبه الجراح انتباها كليا وامعن النظر في الجس واذا انقلاب الرحم ونخرج من الفرج تكون الى ورم عريض ثقيل من الاسفل اكثر من الاعلى يتقلب على المهبل ويتعلق فيه

فيشاهد في محل اجتماع جسم الرحم بالمهبل حوية بارزة متكونة من عنق الرحم
المنقلب والاعراض التي تظهر من ذلك نزيف غزير وتقيح والتهاب في الرحم ويحصل
في الحوض والبطن ألم وتوتر غير محتمل وتعرض الحمى والقلق والحركات التشنجية
وربما الموت وبعض النساء قد عاش بهذه الآفة وكان الورم فيهن خارجا فيما بين
الفخذين ملتصبا ومتقرحا وفي بعضهن قد استحال الى سرطان * واجود
ما يعالج به الانقلاب رد الجزء الخارج من الرحم الى محله وحفظه فيه وكلما كان
جديدا او غير كامل كان الرد اسهل ولاجل رد هذا الجزء الخارج ينبغي ان تستلقي
المراة على ظهرها وتثني ساقيها وترفع فخذيها ثم يدهن الجراح الاصابع ويدخل
بها ذلك الجزء من العنق حتى يرد الى وضعه الطبيعي وهذا ما يناسب استعماله
هنا بحسب المرض وينع خروجه باستلقاء المرأة على ظهرها وبالأبزن الباردة
او باستعمال القراح فان تعاصى عن الرد واضطر الى ابقائه خارجا وجب الاجتهاد
الكلي في نظافته وفي مقاومة التهيح وحفظه بحفاظ

الساوسة الاستسقا

التهيح المزمن في الرحم يسبب عنه انسداد عنقه وافر از مادة مصلية منه كثيرة
او قليلة تتجمع في تجويفه وتمدد جسمه تدريجا فيكون ذلك استسقا حقيقيا
وقد يمتلي الرحم من ديدان حوصلية تحصل منها اعراض الاستسقا عينه وقد
يظهر ويظن ان هناك حبالا طبيعيا ويكون المرض المسمى بالرجا وهو من انحصار
سيال في كيس ملتصق بجدران الرحم ويسير هذا المرض كسير الحبل الطبيعي
وقد اغتر به كثير من اطباء يعرف بطول مدته وبالعلامات الدالة على عدم الجنين
وبوجود الاستسقا وحيث قد يستفرغ هذا السائل بالبط من عنق الرحم ثم يحقن
باطنه بالمليينات ويوضع العلق على الفرج والاجود ان يكون على عنق الرحم
لمقاومة التهيح ولادران الطمث وذلك كله يكفي في استفرغ احتقان جدران
الرحم وحصول الشفاء

السابعة احتباس الجنين

ينبغي رد الانقلاب
باسرع ما يمكن

أقطع الرحم
المهبل

لية تعمل حينما
ور العنق
دودا

ة تعمل عند
كون الرحم
د للامام

قد يحتبس الجنين في الرحم اما لآفة في الاجزاء الرخوة كصلابة الرحم او انسداد
عنقه او تحول جسمه واما لآفة في الاجزاء الصلبة ككسب اقطار الحوض
وانسداد تجويفه باورام تختلف في القوام والصفات كالاورام العظمية والاورام
اللحمية فهذه هي الموانع التي تعوق عن خروج الجنين ففي الاحوال الاولى يكون
عائق الولادة من آفات الرحم وتكون العملية فيه داخل المهبل ليخرج الجنين من
المسالك الطبيعية واما بقية الاحوال فمن حيث ان الحوض غير قابل لخراج
الجنين منه يضطر اما لتوسيع تجويفه اولشق جدران البطن والرحم وخراج
الجنين منه والقواعد العامة السابقة يعرف منها اختصاص كل عارض من
هذه العوارض بعملية من العمليات * فان قطع الرحم المهبل فاما الصلابة
فتعمل لها عملية القطع لرحم المهبل ثم ان كانت في عنق الرحم وضاق جدا
وتصلب واتدمل ووهنت قوة المرأة من شدة حركات الطلق العنيفة الغير النافعة
في توسيع العنق ادخل مشرط وذو زر في المهبل وشق به محلان او ثلاثة او اربعة من
دائره في الانسجة التي تصلبت وصارت غير قابلة للتدد ومنعت توسيع فوهة
الرحم وهذه العملية سهلة لا تعسر فيها وعملت بنجاح فلم يحصل منها الا الم خفيف
ولم يعقبها الا نزيف قليل وينبغي للجراح ان يجاوز بالشق حدا الاندمال الذي في
العنق واما الاجزاء المجاورة له فتوسع من حركات الطلق * واذا انسد عنق
الرحم بالكلية والتصقت حوافه بعد العلوق او عقب الجماع ومنع هذا الالتصاق
من توسيع الفوهة الرجية فينبغي اولان يدخل الجراح سبابته ويهدي عليها
مشرطاً محمداً بما فوق فافصله بخرقة ثم يشق الفوهة باحتراس شقا صغيرا دافعا
الجنين امامه لئلا ينجرح ثم يوسع الفتحة بتصويره الشق بالمشرط ذي الزر صديقا *
وان كان الرحم مائلا للامام جدا وذهب عنقه الى جهة الخلف حتى صار لا يصل
اليه الا صبع وتعسرت الولادة فينبغي اذا لم يقع بذل الاجتهاد الكلي في تعديله
بدون ان يشق الجزء البارز من جسمه في المهبل لينكمش الرحم في نفسه قليلا
بعد ان يستقر غرز من الماء ثم يدخل الجراح ابهام اليد اليسرى في الشق
ويستقصي عن العنق بقية الاصابع ليحسكه ويعده ويرده الى وضعه الطبيعي

ومع ذلك يغمر يده الأخرى على الرحم من الخارج ثمز امتقيما برفق لتسهيل العملية
 فإذا حست هذه العملية انقادت على توسيع العنق ثم يترك الشق لذاته وإذا لم يمكن تعديل
 العنق ورده إلى وضعه الطبيعي بعد الشق فليوسع به حتى يمكن اخراج الجنين منه
 وأما ضيق الرحم فتعمل له عملية القطع البطني الرحمي وهي فتح البطن والرحم
 بالأداة القاطعة لخراج الجنين وهذه العملية تسمى بالقيصرية لأنها كما زعم
 بعض الرواة عملت لأم قيصر في ولادتها إياه ويضطر إليها عند وجود آفة في
 تركيب الحوض تمنع من الولادة وكذا أقامت الحامل بعد الشهر السادس
 من الحمل ومن الجهل بالإحكام أن تدفن الحامل بعد الشهر السادس من الحمل من
 غير أن يبحث عن حياة الحمل لأن هذه المدة يعيش من ولد بعد هافدقن المرأة حيثئذ
 يلزم عليه دفن حي مع ميت وتنبغي المبادرة بهذه العملية حالاً ولا تعمل إلا عند
 عدم إمكان اخراج الجنين من المسالك الطبيعية ويلزم لهذه العملية مشرطان
 أحدهما محدد الحدوثان هما مستقيمه ذوز وجفوت وكلا ليل لاسن لها لتوسيع
 جدران الرحم وجدران البطن وجفوت واخيطه مشبعة ومقصات وابر واسفنج وماء
 ورفاقد ونسالة ومراود خياطة ولغافاة بدن ذات ارقعة منكبية والمرأة تكون
 مستلقية على ظهرها فوق سرير مغطى بملاء مطبقة ويوضع تحت قطنها وسادة
 ليزيد بروز البطن ويقف الجراح على يسار المريض ومساعدان نبيان عارقان امام
 الجراح يضعان ايديهما على جوانب البطن لتثبيت الرحم ولتدفع خروج المعام
 الرحم وقد استعملوا هذه العملية بجملة طرق * واقدام الطرق فتح البطن من
 احد الجانبين وكما نوافضلون الجانب الذي يميل اليه قعر الرحم ثم اختلفوا
 في كيفية اتجاه الشق فبعضهم يرى ان يكون على هيئة خط منحرف مبتدأ به من
 الطرف الغضروفي للضلع الكاذب ومنتها الى العانة وبعضهم يرى ان يكون
 هلاليا وبعضهم ان يكون موازيا للجانب الوحشي للعضلة المستقيمة المسماة
 بالعضلة القصية العانية وبعضهم يرى ان يكون بالعرض * وهذه الطرق
 المذكورة فيها عيوب الاول ان شق ثلاث عضلات متخالفة في الاتجاه يحصل منه
 عائق عظيم في التحام الجرح الثاني انه يمتشي من اصابة بعض فروع الشريان

القطع البطني الرحمي
 وتسمى العملية
 القيصرية البطنية

طريقة قديمة هي شق
 جنب منحرف
 او مستعرض

عيوب هذه الطرق
 المختلفة

الشرايين والشرايين الرئيسية للرحم الموجودة على جانبيه والثالثة إذا
 انقطعت الياف الرحم قطعاً مخرجاً أو بالعرض لا تنقلص بدون أن يحصل اتساع
 في الجرح وانسكاب الدم والنفاسية في البطن والجراحون لما علموا عيوب هذه
 الطرق استحسنوا أن يكون الشق على الخط الأبيض وأن لا يشق الرحم إلى الأسفل
 فإن ذلك ينشأ عنه خروج المواد النفاسية من الجرح ولهذا العملية عيب واحد
 هو عسر انضمام الياف الوتر العريض للخط الأبيض ومع ذلك فهي مستعملة
 كثيراً ولا يكون كلاً من الاعليها * فينبغي أولاً استفراغ البول من المثانة
 واستفراغ المستقيم بالحقن وحلق شعر العانة ثم يمسك الجراح مشرطاً محدب الحد
 ويشق به شقاً على الخط الأبيض من السرة وأعلى منها إلى فوق العانة بنحو قيراط
 ونصف وإذا شق من أعلى السرة مال عنها إلى جهة الشمال لئلا يصيبها وحينئذ
 فيسهل شق الرحم من أرفع محل فيه ليتدارك بذلك انسكاب السائل النفاسية
 في البطن وهذا الشق يكون للجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد ثم يشق مع
 الاحتراس الخط الأبيض إلى قرب جهته السفلى بالمشرط ذي الزر مهدياً به على
 سبابة اليسرى مبتدأ به من أسفل إلى أعلى حتى يصل إلى الزاوية العليا من جرح
 الجلد ويبقى البريتون فيفتح مع الاحتراس بهذه الكيفية واحد المساعدين
 الموكل بإبراز البطن يكبس الرحم إلى أسفل بقدر الامكان ليقترب قعره إلى الزاوية
 العليا من جرح البطن فيثبت شق الجراح جداره المقدم إلى فوق الزاوية السفلى
 لجرح البطن بنحو قيراط فيكون طول الشق الذي في الرحم نحو ستة قرايط
 ويصل به إلى الأغشية مبتدأ بالمشرط المحدب ومنتهياً بالمشرط ذي الزر ويكون
 من الداخل إلى الخارج ومن أعلى إلى أسفل ثم يثقب الأغشية باحتراس زائد
 ويشقها كما فعل في شق جدران الرحم وإذا كانت المشيمة محاذية للفتحة التي
 في الرحم فصلها وخرق الأغشية المجاورة لدارتها وبعد إتمام العملية تؤخذ رجلاً
 الجنين بأحدى اليدين وتخرج إلى الخارج فإن تقدمت الرأس على مقتضى الطبيعة
 يادر بأخراجها والمشيمة أما أن تخرج من القرح بنفسها أو تستخرج * وبعد العملية
 يعالج الجرح كعالمية الجروح البسيطة النافذة في البطن وارتقاء جدران البطن

العملية

جاءت تابعة للنساء
المرضى

القطع الارتفائي

السفلى يسهل انضمام الجرح بواسطة العصايات اللزجة واللغافة الضامة وقد لا يكفي ذلك فيحتاج الى التماسطة ثم يعالج بوضع رقادة غربية وقبضة من نسالة ورقايد درجية ثم يثبت ذلك بلغافة بدن محفوفة بازقة منكبية وتستعمل جميع الاشياء المضادة للالتهاب العامة والموضعية لتدريء الداء ومقاومة التهاب الرحم والبرتون واما ضيق تجويف الحوض فتعمل به عملية القطع الارتفائي العاني وتكون بشق الليف الغضروفي الضام لعظمي العانة ونمايتها توسيع الحوض لتسهيل الولادة اذا كان في تجويفه آفة تركيب او ارتقت فيه رأس الجنين وهذه العملية مستحبة واول من ابدعها الطبيب الفرنسي سيجوه والمرأة فيها تكون موضوعة على جنب السرير ويحجزتها من تقعة بوسادة تحتها ونخذاها مثنيان على الحوض ومتباعدان عن بعضهما وعانتها مخلوقة ويقف الجراح على الجهة اليمنى ويمسك مشرطا صلبا بحذب الحدو يشق به الجلد مبتدأ به من الجهة العليا من ارتفاق العانة الى ملتقى الشفرين الكبيرين ثم النسيج الخلوي ويمسك مشرطا اخر صلبا لاسن له ويقطع به الليفية الغضروفية التي بين عظمي العانة وليتحرر عند انتهاء القطع من انزلاق المشرط فيصيب المثانة او عنقها وربما قطعها اذا كان ذاسن وبعد قطع الغضروف يغسل الاربطة العلوية والسفلية ليزيد الاتساع ولا يبالغ في ذلك لئلا تعرض عوارض رديئة في الارتفاق الفعدي الحرقني ثم تترك الولادة الى الطبيعة او تعان باليد او الكفاشة ان احتج إليها وبعد الولادة يضم الجرح حالا بحيث تتلامس حافته من غير ان يتوسط شيء بينهم وذلك بواسطة لغافة بدن تشد على الحوض جدا وتؤم المريض بالراحة الكلية الى تمام التهام الجرح وصلابته فلا ترض الا بعد شهر ونصف او شهرين وانفصال نحو قراطين من العانة في هذه العملية لا يحصل منه هتك في الارتفاق الجزئي الحرقني فان جاوز ذلك فلا محالة في حصول الهتك وخطر هذه العملية قريب من خطر عملية القطع لبطن الرحم

الثامنة الهتك

قد يعرطن هتلك الرحم لموانع تمنع خروج الجنين ولا يمكن مقاومتها اولضيق
 اخذ بخدران الرحم فني ذلك ربما تمزق عند الطلق وقد يحصل التمزق ايضا من
 ضربة أو اضطراب شديد يصيب الرحم في الحالة الاولى بقسيتها تستشعر المرأة
 بالمشديد حاد زائد عن الالم الناشئ عن تقلصات الرحم الطبيعية وكثيرا ما تمس
 بحركة التمزق وتنخفض البطن وتزول شكلها الطبيعي وربما ظهر الجنين خلف
 جدرانها وفي الحالة الثانية يحصل جميع ذلك الا ان الجنين يموت غالباً من
 القوة العارضة التي مزقت الرحم فيقع في الغالب ترينغز في البطن السفلي
 وتكون حياة الجنين والمرأة في خطر عظيم * ولا شيء ينفع في ذلك الا عملية
 القطع البطني الرحي اى قطع البطن لفتح الرحم وينبغي فيها ان تكون المرأة
 مستلقية على ظهرها ويشق الجراح شقاً طوله ستة قرايط او سبعة ويخرج منه
 الجنين ويكون الشق في المحل الذي تكون فيه العملية القيصرية وبقيعة المعالجة
 تكون على ما ذكر فيها * حتى حصل هتلك في الرحم وبقي الجنين حياً فلا شيء يحفظ
 حياته سوى هذه العملية وان كان ميتاً فاجراجه اقل ضرراً من ابقائه في البطن
 ولا تعمل هذه العملية الا اذا كان الجنين صغيراً او الهتلك قد يموت لان اجتهاد
 الطبيعة كثيراً ما يكفي في خروج اجزاء الجنين التي استحصالت عن طبيعتها اما من
 المعابان تمزق المعاو وتخرج الاجزاء من الشرج او من الجدران المقدمة من البطن
 بان تتكون الاجزاء خراجاً وتخرج من تلك الجدران

هو يستدعى عملية القطع
 البطني الرحي

بشفعة العملية

التاسعة الحبل خارج الرحم

الحبل الذي يكون خارج الرحم يتنوع باعتبار محله الى ثلاثة انواع الاول ان يكون
 في احد البوقين اى قرني الرحم الثاني ان يكون في احد البيضين الثالث ان يكون
 في تجويف البطن والعلامات التي تتميز بها الحبل الرحي عن الحبل خارج الرحم
 لا تعرف غالباً الا في الشهر الرابع والخامس فتعرف اولاً من بروز البطن الذي هو
 تارة يكون نحو احدى الحفر الخرقية وتارة يكون نحو السرة وامتداده غير مستو
 وثانياً من تحرك الجنين خلف جدران البطن السفلي وثالثاً من صغر حجم البطن

ومن الحبل ومعرفة كون الجنين في البوق او في المبيض او في جوف البرتون غير
ممكنة ولا يهتم به لان الامور التي تنسك بها لا تختلف في جميع الانواع والطبيعة
في الحبل خارج الرحم قد تعين على اخراج الجنين لكن الغالب ان تكون عاقبة هذا
الحبل مهلكة للمرأة والجنين معا وعلى كل حال فيضطر لعملية القطع البطني
الرحمي اذا علم ان هذا الحبل خارج عن الرحم وقد ثبت بالتجربة ان العديدة
تفزع هذه العملية في حفظ الجنين وامه معا * والمحل الذي تجب فيه العملية
هو محل ظهور الحبل خارج الرحم فان كان ظاهرا في تجويف البطن كان الشق
في المحل المماثل للخط الابيض وان كان ظاهرا في البوق او في المبيض كان في محل
ظهوره والعملية في ذلك كعملية القيصرية لانه لا يفتح الرحم فيها بل يفتح
الكيس الذي احتوى على الجنين

المحل الذي تجب فيه
العملية

العاشرة البوليبوس

بوليبوس الرحم يحصل كثيرا ويكون في الغالب ليفيا ويظهر في قعر الرحم
او في عنقه فالذي يكون في قعره ينشأ في نسيج جدرانه فان كان اقرب الى السطح
الباطن منه برز في تجويفه او الى السطح الظاهر كان بروزه اكثر ولا يحدث التعب
الامن ثقله والذي يبرز في تجويفه تحصل منه جميع الاعراض الحاصلة من الاجسام
الغريبة التي تشغل الرحم وتعدده وكلما زادت تلك الاعراض احدثت تنبها في
جدران الرحم فتقلص وتدفع البوليبوس الى اسفل فيزيد في عظم العنق ويهبط
في المهبل فيحصل من ذلك في بعض النساء الم وحركات عنيفة تشبه الطلق
وفي بعضهن تفقد حركة جدران الرحم بالكلية وتزداد حجمها فتشبه بالحبل
الحقيقي وفي بعضهن يرق عنق الرحم وبصير ليفيا غير قابل للتمدد ويغطي الورم
ويهبط معه وهذه الاحوال كلها تسهل معرفتها باللمس * وجميع هذه
الاجسام اعني انواع البوليبوس الليفية الرجية وكذا جميع التولدات الالية الغير
الطبيعية يؤل امرها الى ان تتغير عن حالتها وتزول واذا دخل النسيج الخلوي
في تركيبها وكثر جدا التفت وانتقلت بسهولة الى ورم سرطاني اما اذا كان

تغيرات تحصل
في البوليبوس

البوليبيوس منحصر في الرحم وغير معرض لمماس الهواء فلا تتم هذه الاستئصال
فان انزل في المهبل وصار معرضا لتأثير الهواء فإنه يسترخي ويحتقن بدم ويصير
ينبوعا لزيف كثرت غزارته او قلت وربما وقع المريض في خطر عظيم فيحصل على
التدريج الم شديد ناخس ويظهر السرطان وقد يكون ورم البوليبيوس صلبا جدا
ويكثر فيه النسيج الليفي فيزيد في الصلابة ويستحيل الى جسم غصروفي ثم يتلبس
بقشور من فوصفات الكلس ثم ينتهي بان يصير عظميا ثم ان البوليبيوس قد
ينفصل من ذاته فقد شوهد في كثير من النساء خروج هذه الاورام ساقطة
من القرح بعد ان كانت ماثلة للمهبل وقد تظهر الى الخارج معلقة ثم تسقط
من ذاتها واخيرا شوهد انها تصير عظما ويرزول ساقها الرابط لها فتنسب
في تجويف الرحم الحاصر لها وتكون هي الاجسام المسماة بحصاة الرحم
* والبوليبيوس في عنق الرحم يظهر اولا في المهبل ويكون في الغالب ليفيا وقد
يكون نسيجه لحميا او عائيا او مخاطيا ولا ينشأ عنه من الالم في قعر الحوض
والتطش في الاربية والقطن بقدر ما ينشأ عن الذي يكون في جسم الرحم ولا يحتاج
في استئصاله الى شدة عنف وهو من حيث انه معرض لمماس الهواء اكثر من
الاول ولتأثير الاجسام الخارجة يسرع اليه التغير ويسهل انتقاله كثيرا الى حالة
الارتقاء والسرطان ثم ان البوليبيوس الرخو ربما اشتبه بالحبل الرخو او بالحبل
خارج الرحم او باقلاب الرحم او بسقوطه اربا بالاسكيروس الرخو فاذا احتيج الى
معرفة هذه الاعراض وعلاماتها التي تتميز بها فالتطالع مباحثها في محالها
* ومعالجة بوليبيوس الرحم ضارت بسيطة وكافية بعد تعب واعتناء معينين
من الجراحين القرنساقية مثل لويه ودسول وتركت عموما جميع الادوية المجففة
والكاوية التي كان القدماء يضعونها على هذه الاورام لازالتها والمستعمل الان على
العموم طريقتان احدهما الربط والثانية الاستئصال * فالربط سابقا
كان لا يستعمل الا اذا كان البوليبيوس بارزا الى الخارج واخترع المعلم لويه آلات
مستحسنة لربطه وهو في المهبل واتقنها المعلم دسول فلذا لا يكون كلامنا الا في
ذلك الآلات التي اتقنها * فنقول ان عملية ربط البوليبيوس وهو في المهبل

بوليبيوس عنق الرحم
اقل خطرا

معالجة

الربط

طريقة دسول

على طريقة المعلم رسول تستدعى ثلاث آلات ثنتان منها تخدم لارسال عروة
الخيط في المهبل او في الرحم وتسمى ان من سلتى العقدة او موصلتى العروة والثالثة
تحتفظ شدة العقدة الى سقوط البوليبوس وتسمى شادة العقدة فاحدى من سلتى
العقدة ماسورة من فضة طولها نحو سبعة قراريط وفي طرفها العلوى بعض
تقوس ليوافق تحسب البوليبوس وينتهى بزربى الشكل ذى تجويف
مخروطى وجدرانها ملسا مستديرة وفي طرفها السفلى حلقتان لزيادة سهولة
العملية وليربط فيهما الخيط عند ادخال الالة في المهبل والثانية من من سلتى
العقدة ماسورة من فضة طولها نحو خمسة قراريط فيها بعض تقوس ينحصر فيها
قضيب من فضة او فولاذ يتفرع من اعلى الى فرعين ينتهى كل منهما بنصف حلقة
فاذا تقارب افراغان لجران الماسورة نحوهما انطبق النصفان فينكون منهما
حلقة كاملة واذا لم يحصل ذلك بقيتا منفصلتين عن بعضهما لما فيهما من الحركة
الانقباضية وطرف القضيب الاسفل فيه فرجة يربط فيها احد طرفى الخيط في
بعض اوقات العملية واما شادة العقدة فهي قضيب من فضة او فولاذ طوله نحو
ستة قراريط ينتهى من اعلى برائدة قائمة على الالة على زاوية قائمة في طرفها حلقة
ينفذ فيها طرف الخيط ثم يربطان في فرجة طرفه السفلى وينبغى للجراح ان يكون
معها من شادة العقدة عدة مختلفة في الطول على حسب علو البوليبوس
في المهبل * وتجهيز هذه الالات لاجل العملية سهل فيكون اولها بانضمام
نصفي الحلقة وذلك بان تدفع الماسورة على نحو ما ذكرنا فيحصل من ذلك حلقة
كاملة ينفذ فيها احد طرفى خيط مشمع قليل القتل طوله قدما وثمانيا
بتثبيت هذا الطرف من الخيط في فرجة القضيب وثالثا بتثبيت الطرف الثانى
في الماسورة الاخرى ويكون اطول من الطرف الاخر ويثبت في الطرف
السفلى من الماسورة على احدى الحلقتين وبعد استحضار ذلك على الكيفية
المذكورة يشرع في العملية * وكيفيتها ان تستلقى المرأة على جانب سريرها
وتفذاها متباعدان عن بعضهما ويمسك الجراح آلتى من سلتى العقدة على
التوازي ويدخلهما ممدتين على اصابع اليد اليسرى فيما بين الورم والجهة

تجهيز الالات

كيفية استعمال الالات

الخلفية من المهبل ثم يخرج الاصابع ويمسك كل آلة بيد ويحركهما تحريكاً خفيفاً حتى يصل الى الجهة العليا من عنق البوليبوس ثم يحل طرفي الخيط المرتبط بحلقة الماسورة ويمسك باليد اليسرى من سلة العقدة ذات نصفي الحلقة ولا يحركها وباليد اليمنى الماسورة الثانية ويلقب بها على دائرة الورم فيتكون من ذلك في الخيط عروة تحيط بعنق البوليبوس ثم يخرج طرفي الخيط من مرسلتي العقدة ويتقدمهما في حلقة شاة العقدة ويدخلها في المهبل شاة طرفي الخيط شيئاً فشيئاً حتى يلامس عنق الرحم ويحصل فيه الضغط المطلوب * والمعلم يشاهد صير آلات المعلم دسول اسهل عما كانت لانه استغنى عن احدي مرسلتي العقدة بشاة العقدة وذلك لانه يدخل طرفي الخيط في حلقتها ويفعل به ما فعل بالمرسلة الاخرى ثم يدخل طرفي الخيط في طرفيها المتفرع الى فرعين ليحفظ السد المطلوب * وليصرف الجراح غاية تأمله عند ربط بوليبوس الرحم في مقدار الضغط المطلوب في عنق الورم فيكون اما قويا جدا بحيث تنعدم حركة الدم في البوليبوس دفعة واحدة وذلك يكون في الاورام القليلة الحجم فانها تحبب وتذبل ثم تسقط سريريا واما خفيفا في الاستداء فيحسوس به ثم يأخذ في الزيادة تدريجيا وهذا يعرض منه استئصال البوليبوس والتهابه وتولد عوارض كثيرة الخطر فلذلك ينبغي بذل الجهد في ازالة الفعل الحيوي دفعة واحدة من الاورام التي يربط عنقها وقد يتفق ان البوليبوس يكون ذا حجم عظيم بحيث يمكن بعد تبعيده عن ما يجاوره ان يجذب بجفت كلابي * وما المعلم دويترن فاختر قطع البوليبوس الرحي عن ربطه وذلك بان يمسك الورم بجفت كلابي ويسحبه باحتراس الى الخارج بحيث يبعد عنقه عن الفرج ثم يقطعه بمقص بارد النصل غير مسنون فيحصل من ذلك رض في الاوعية يمنع التزيف الغزير واذا كان هنالك التصاق بين البوليبوس والرحم فينبغي اولا تنزيقه فان كان عنق البوليبوس غليظا يظن انه يحتوي على اوعية كثيرة فينبغي ربطه ثم قطعه من اسفل الخيط وعند ما يخلص الرحم من الورم يصعد الى اعلى وتزول جميع الاعراض التي كانت تكايد المريضة ويحصل الشفاء في ايام قليلة * واذا حصل تزيف حبس بواسطة الحقن بالماء البارد فان كان غزيرا ولم يقطع

تصحيح بيشان

ينبغي ان يشد الرباط حتى تقطع دورة الدم عن الورم دفعة واحدة او تدريجيا

طع عنق البوليبوس

معالجة تابعة

بذلك جعل ماء الحلقن حايضا باضافة الجواهر القابضة اليه كخل الشب او ملح
روح التوتيا او غير ذلك

الحادية عشر الحصة

حصة الرحم التي كان يزعمها المعلومون تتكون غالباً من احد امور ثلاثة فاولها
من اورام ليفية تستحيل الى عظم كما شرحنا ذلك فيما سبق وثانيها ان الجنين اذا مات
واحتبس في الرحم صار اصلاً لتكوين قشور صلبة تحصل من المادة المخاطية التي
ترشح من جدران الرحم وثالثها ان الرحم يوجد فيه بعض تولدات غير طبيعية
كقطع من لحم تسمى مولي وتستحيل عظاماً فيظن انها حصة حقيقية ولهذه
الامور الثلاثة يتسبب جميع ما وجد من الاجسام الكائنة من هذا القبيل التي
كان يتكلم عنها المعلومون من غير تأمل في الزمن الذي كان فيه علم الخيمكا
والتشريح المرضي في سن الطفولية وهذه الحصة تستأصل بالحقن فان كان عنق
الرحم ضيقاً جداً بحيث يمنع نفوذها شق بالمشرط ذي الزرع على الطريقة السابقة
وهذه العملية ليست عسرة ولا خطيرة

الثانية التجو والاستحالة الى العظم

تجو الرحم الذي ذكر المعلومون منه شواهد عديدة ينبغي ان ينسب الى البوليبوس
الليفي الذي استحال عظمها او الى الالتهاب المزمن الذي احال جدران الرحم الى
الحالة الغضروفية ثم الى العظمية وهذا امر لا غرابة فيه لان الالتهاب المزمن
تنشأ عنه هذه التغيرات ولا تنفع في ذلك عملية

الثالثة عشر السرطان

الرحم في غالب مدة الحياة معرض لتغيرات اعتيادية قوية ولكونه محتجاً بقوة
حيوية عظيمة جداً كان معرضاً لكثير من الاسباب المهيجة الموضعية
والسببية قوية فربما حصل فيه زيادة افعال والتهابات مزمنة لا تدرك في ابتدائها
ولا يظهر تقدمها في الزيادة وغالباً تكون غايتها الهلاك والسرطان لا يعرف له

إشكال سرطان عنق
الرحم

اعراض تدل على
تقدمه

وضع الالة المريئة
لتشخيص الداء

بعض الخطا

سبب ينشأ عنه الالهة التهابات ثم هو تارة يصيب جسم الرحم وتارة يصيب
عنقه فاذا اصاب جسمه تعسرت معرفته قبل كبره فاذا عظم كان غير قابل للشفاء
املا واذا كان مصيبا للعنق الرحم فقط امكن ان تعمل فيه العمليات
الجراحية * وهو يشاهد فيه على شكلين مختلفين فتارة تكون الجهة المصابة به
مستفخة ببعضها صلب وبعضها رخو مغطى بتولدات فطرية يرشح منها صديد
دموي منتن او غير مغطى بذلك وتارة تكون متأكلمن قرحة متسعة قليلا وكثيرا
شبيهة بالتآكل السرطاني الذي يكثر في الجلد والشكل الاول ينشأ من احتقان
عنق الرحم بمواد مصلية وشحمية فيصير في غالب النساء ذاجم عظيم ويستعمل
الى السرطانية وسرطان الرحم قد يتشرف في العضو كله وفي المهبل والمستقيم
والمنانة فيتكون منه فيما بين هذه الاعضاء بالوعة كدرة يسيل منها مواد ثغلية
وبول وصديد دموي منتن * والذي يدل على تقدم المرض واخذه في الزيادة
حرارة محرقة في قعر الفرج وتورث في الحاضرتين والاريتتين وتشوش اعتيادي في
وظيفة الهضم وخروج سيال ابيض غزير حاد ووالى الطمث وحرارته وطول مدته
فهذه اول الاعراض التي تصيب سرطان الرحم وكما تقدم الداء اشتد الوجع واستمر
وعرض تزييف يتقدمه شدة في الاعراض يتبعها بعض سكون سريع الزوال
والسيلان الصديدي تزيد تناسله ويختلط به رغوة سمراء مكوّنة عن ما يفصل
من جدران السرطان وتشتد الحمى التي كانت في الابتداء قليلة الظهور لا تدرك
الا في المساء والليل وتقوى يوما فيوما وتهزل المريضة ثم يحصل اسهال وينتهي
بالهلاك * ووجود سرطان الرحم وتقدمه كان لا يعرف سابقا الا باللمس
فقط فلما ظهر حكيم فرنساوي يسمى دو كيب اختراع آلة يعرف بها ذلك وهي انبوبة
اسطوانية من فضة او قصدير طولها خمسة قراريط اوستة واحد طرفها واسع
من الاخر وقطر الطرف الواسع نحو قرارطين والضيق نحو قرارط ولها يد من
معدنها موضوعة على محل تامن دائرة طرفها الواسع طولها نحو ثلاثة قراريط
او اقل او اكثر بحسب الحاجة فاذا وضعت هذه الالة في المهبل تباعدت جدرانه
وامكنت حينئذ مشاهدة عنق الرحم بالبصر * وما يتأسف عليه كثيرا ان

تصاب النساء بالتهاب بطي في الرحم وعالجن من اطباء مجبارين مقتدين
 بقواعدهم يعلمون زاعمين ان السرطان لا ينشأ عن الاحوال الالتهابية التي تتقدمه
 في العضو وينكرون الالتهاب وينسبون ونشع المهبل الى استرخاؤهم في ذلك
 العضو فهو لاء النفساء العديمت الحظ لا يريهن الشفاء لانهم كانوا يعطونهن
 ادوية هنيئة يظهرن بها السرطان ولو كان غير قابل للظهور وعند ما يظهر
 المرض بكليته ويعلن احتقان عنق الرحم بقرب تقرحه يقتصرون في المعالجة
 على مقاومة الاعراض التي هي اكثر ظهورا من المرض فكانوا يعالجون الالم
 بالمخدرات والجمي بالسابونج والسكرينكينا واتفاح عنق الرحم بالسابونير
 او بالشوكران وينظنون انهم بذلك فعلوا جميع ما يجب فعله وهم مع الجهالة
 واندھاش العقل يشاهدون زيادة المرض وتخبثه وتعاضيه على جميع الادوية
 ولا يعرفون مقاومة هذا المرض الاعلى سبيل الاتفاق من غير علم عندهم *
 والطبيب المتشور بالعلوم يعرف ان الالتهاب المزمن وسرطان عنق الرحم عند
 ابتداءه يستدعيان استعمال الاشياء المضادة للالتهاب والمصرفات القوية
 الفعل مدة طويلة فيكون اول ما يستعمله القصد الموضعي المتكرر بحسب
 الاعراض وقوة المريض مع المشروبات المليئة المستحلبة والحقن المرطبة والجلوس
 في الاذن الغروية ثم الكي والمقصي مراراً عديدة على الحوض والفخذين ثم الجليد
 المستمر فمهما كانه يحصل منه تنفع عظيم وطريقة هذه المعالجة هي الاجود والاشجع
 * فان استمر الداء ولم تنفع المعالجة المذكورة فتنبغي العملية وهي ان تقطع جميع
 الاجزاء المصابة بالالة القاطعة او تزال بالجواهر الكاوية وتكن هذه العملية
 مؤسسة على تأمل عظيم مهم جداً وهو ان الاجزاء المصابة بالتقرح دائماً تكون
 منفصلة عن الانسجة السليمة فاذا تباعد الجراح عن القرحة او الورم بنحو فمعتين
 كان الباقي سليماً ليس فيه التهاب البتة وسهل عليه حينئذ ازالة الداء بتمامه
 واما اختيار كون القطع بالالات القاطعة او بالجواهر الكاوية فهو على حسب
 اندماج الاجزاء المصابة فان كانت جامدة تقبل التمدد الى اسفل سهل قطعها بالالة
 وان كانت لينة رخوة سهلة التمزق فينبغي كيا في محلها * وينبغي في العملية

معالجة صوابية

اذالم تنفع هذه المعالجة
 تنبغي العملية بالقطع
 او كي عنق الرحم

طريقة العملية بالالة
 القاطعة

بالالة القاطعة ان تكون المرأة موضوعة على هيئة مناسبة ويدخل الجراح في
 المهبل المريئة الرحية وينفذ في تجويفها الحقت الكلابي ويمسك به عتق الرحم
 شاداله الى الاسفل ثم يأخذ مقصا منحنيا على سطحه اوسكينا ذات حدين منحنية
 ايضا ويذهب بها الى اعلى الاجزاء المصابة التي يراد قطعها ثم يقطعها قطعاً
 محكماً ولو امتد بهذا القطع الى جميع عتق الرحم بل والى جزء من جسمه ايضا واذا
 انفتح بعض او عية سهل حبس الزيف بوضع زر من نار في فوهته فان لم يكن
 خروج الدم وثباً ولا كثيراً سهل حبسه بالحقن الباردة وبقيّة المعالجة تكون
 باستعمال الحقن المليئة التي تسكن التهاب الاعضاء وتجذب الصديد الى الخارج
 وتعين على التحام الجرح * واما كى عتق الرحم فيكون بالكاويات السائلة
 او الجامدة والمستحسن من الاولى محلول نترات دى موركور في الاثسيد نيتريك
 ومن الثانية قطع من البوتاس الكاوية وهى اغلب الكاويات الصلبة استعمالاً
 وتكون المرأة موضوعة على هيئة لا تقه والالة المريئة موضوعة فيها ويقطع اولاً
 بالمشرط او المقص التوالدات التي تكون في عتق الرحم وعند انكشاف السرطان
 ينشف السطح بكرات من نسالة واتركه ممتهاً وتوضع فيما بين جدران المريئة دائرة
 الجرح لتتسع سريان المواد الكاوية الى الاجزاء السليمة وقت العملية ثم يؤخذ قلم من
 الشعر كقلم المصورين ويغمس في السيلال المذكور او تؤخذ القطعة من البوتاس
 وتوضع في حامل الحجر الجهنمي ويمس بها الاجزاء المراد ازالها وينبغي ان يبقى الكاوى
 على المحل دقيقة ثم يحقن بحقنة قوية لتجذب الى الخارج جميع الاشياء التي انفصلت
 من تأثير الكى وتجدد العملية في كل ثمانية ايام او عشرة حتى يكتسب الجرح
 لونا احمر وردياً واستعداداً الى الالتحام وقد يستعمل الكى عقب القطع لما ان الجرح
 لم تزل فيه الهيئة السرطانية وعلى اى حالة فينبغي للمرأة من المعالجة ان تلازم
 استعمال الاشياء الجيدة في تداركها ومقاومة التهاب الرحم والبريتون * وقد
 استعمل هذه العمليات كثير المعلم ديويترن الذي تنسب اليه الطرق المذكورة
 انفاً فصل منها تقدم في الشفاء لكثير من النساء اللاتي كان قديتس من شفائهن
 وبعضهن زال منه السرطان والتحم عتق الرحم ولم يرجع له الا بعد سنين عديدة

لريقة العملية بالكى

مورعامة تحصل من
 هذه العملية

وقد رعى مقاومته بالأشياء المذكورة وأغلب المرضى منهم قد شفى بالبكلية حتى
ان بعضهم حبلى بعد العملية ووضع مع السلامة ولم يحصل له ضرر ولا من عملية
القطع ولا من وضع الكاويات ولكون هذه العملية وما يصاحبها من المعالجة
العقلية مما يهين للنجاح قل من يموت بهذا الداء من الان فصاعدا

الرابعة عشر القطع

قطع الرحم قال بعضهم انه عملية وزعم انه عملها وشاهد عمليتها ولا برهان على
شيء من ذلك فان الرحم عضومهم تحيط به اوعية كثيرة وقطعه كله تسبب عنه
امراض شديدة الخطر ونجاسة ما عرف من ذلك ان يقطع قعره المنقلب عند تعذره
ومع ذلك فالنزيف الذي يحصل ربما وقع المريضة في الهلاك فلذلك كان بعض
الجراحين في هذه الحالة لا يقطع الورم بل يربطه حتى يسقط والاسباب التي
تستدعي هذه العملية نادرة جدا ولا تعمل الا عند عدم امكان حفظ المريضة من
هلاك يقينى قريب

الباب الثالث في آفات الثدي وما يلزم لها من العمليات

جرت عاداتهم ان يذكروا آفات الثدي مع آفات امراض التناسل ويلحقوها بها
وهي آفات مختلفة تكثر في النساء وتندر في الرجال والمذكور منها هنا سبع
الاولى ظهور الحلمة غير كاملة فكثيرا ما يحصل في الولادة الاولى ان تبقى الحلمة
صغيرة قصيرة صلبة ضامرة لا يخرج منها اللبن آخر زمن الحمل كما هي عادة النساء
وتعالج هذه الحالة المضادة للطبيعة بتغطية الحلمة بالوضعيات الملبنة
وبالاحتباس عن كسب الملابس عليها بواسطة حلمات مصنوعة وبان يسعى
في اظهار بروز الحلمة بواسطة المص المتكرر

الثانية تهيج الحلمة وتشققها الحلمات المراضة معرضة لتهيج شديد وتشقق
او انفجار وذلك لشدة القوة الحساسة التي في الثدي وهذا المرض ينشأ غالباً من
المص الشديد ومن تأثر لثة الاطفال واستنانهم في الحلمة وكثيرا ما يحصل من
احتراق يكون في فم الطفل فينبغي للمرضعة ان تعالج ذلك كل يوم بغسل المحل

الاولى ظهور الحلمة
غير كاملة

الثانية تهيج الحلمة
وتشققها

حلمات مصنوعة

مرات عديدة يغلي الخطمي او يغلي رؤوس الخشخاش وان تحترس من حلك الملابس
للحلمة بواسطة حلمة مصنوعة ويقاوم الاحتراق الذي في فم الطفل بما يناسبه
فان كان هنالك بعض قروح دهنت بمرهم من طب وحقن وتمنع المرأة الطفل عن
الارتضاع من الجهة المصابة * والحلمات المصنوعة البسيطة اما حافظة للحلمة
الطبيعية عن حلك الملابس وهي كؤوس من خشب او عاج او صمغ لدن او فضة لها
رؤوس كالحلمة الطبيعية تصنع على المنحرفة بحرق من الباطن لتدخل فيها حلمة
الثدي وهما التها وفي رأسها ثقب صغير توضع على الثدي لتصون الحلمة عن حلك
الملابس لها وتفيدا شكلا مناسباً واما مسهلة للرضاعة عندما تكون الحلمات
متحجرة لا يمكن ان يرتضع منها الطفل فقد جعلوا ذلك حلمات مصنوعة تقوم مقام
الحلمات الاصلية وهي مثل الاولى الا ان هذا كبر وقعرها ينتهي بعنق طوله نحو
نصف فيراط وفيه قناة مستديرة بعيدة عن الرأس بنحو قمتين ويثبت في العنق
المذكور ثدي بقرة بخيط وينبغي ان تحفظ حلمة من اثناء البقر في روح العرق وعند
استعمال شي منها يغلي في اللبن لتزول منه رائحة روح العرق بالكلية فاذا جهز
ذلك تضع للرضعة فوهة الكاس على ثديها بحيث تحاذي الحلمة وسط العنق
فاذا تناول الطفل ثدي البقرة كان بمنزلة حلمة المرضعة وحركة المص تجذب الهواء
الخارج وهو يدفع اللبن فيخرج ويصل الى فم الطفل بدون الم يحصل للرضعة

الثالثة جروح الثدي
ورضه

الثالثة جروح الثدي ورضه بجروح الثدي ينبغي ان تعالج كبقية جروح الجسم
واما رضه فقيه بعض خصوصيات تستدعي زيادة اتقاء الجراح لانه من الاسباب
الغالبة لحدوث سرطان الثدي فينبغي حينئذ ان يغطي الثدي بوضعيات ملينة
وان يستعمل القصد الموضعي فيه ويداوم على استعمال الاشياء المضادة للالتهاب
حتى يزول اثر الداء بالكلية

الرابعة التهاب حاد
في الثدي

الرابعة التهاب حاد في الثدي فقد يحصل في انسجة الثدي التهاب حاد اما من وفور
اللبن وفورا زائدا يحصل عقب الولادة واما من ذلك شديد او رض يحصل في
تلك الانسجة فان كان وفورا اللبن في حالة طبيعية فلا يستدعي معالجة قوية وهذا
التهاب تسهل معرفته ولا يختلف معالجته عن معالجة بقية الالتهابات

الخامسة الخراجات

الخامسة الخراجات فاذا انتهى الالتهاب الذي نحن بصدده بالتقيح فلا ينبغي تأخير فتح الخراج بعد الاختار في هذه العملية الالة القاطعة ونوع هذا الخراج قد يتضاعف ويكون فيما بين الخراجات استتراق ومن هذه الخراجات ما يكثر فيه الصديد ومنها ما لا يلتصق بجداره والفتحة التي تفتح فيه تصيرنا صورية غالباً في النوع الاول ينبغي توسيع الشق او فتح فتحات متقابلة وفي الثاني يكبس برفق على الجدران المتفصلة وينتظر الشفاء برجوع البدن الى صحته وسمنه فترجع الانسجة الى حجمها الاصل وتتملى التجاويف التي احدها المرض

السادسة اورام كبد

السادسة اورام كبدية فالاورام الكبدية في الثدي ربما اشتبهت بالاحتقانات الاسكروسية فيه ونستأصل كاستئصال الغدة المنتفخة والتهبة الى الاستحالة السرطانية

السابعة سرطان الثدي

السابعة سرطان الثدي فسرطان الثدي من الامراض التي هي فيه اكثر وقوعاً وخطراً من بقية امراضه وينشأ من ضربة او يظهر تدريجاً ولا يعلم له سبب والسبب الاقرب له هو الالتهاب المزمن الذي يحصل في الانسجة ويتولد فيها واعراضه تسهل معرفتها وسيره قد يكون بطيئاً وقد يكون سريعاً واشكاله مختلفة ففي بعض النساء يتبدى بورم صغير تحت الجلد يزوغ عند الغمز عليه فيعسر ادراكه ثم يتصلب شيئاً فشيئاً ويزداد حجمه ويتشبث بالنسيج ويم جزاً عظيماً من الصدر ويلتصق سطحه بالجلد المغطى له ويحصل منه الم ناخس ثم تفرح غائر زبل نسيجه وفي بعضهن يتبدى من الغدة الثديية فتتصلب وتصير مصلية ويهزل الصدر وتغور الحمة في فرجتها متقرحة تفصل الثدي ويسيل منها خلط مصفر اللون مهيج وفي بعضهن ينتفخ الثدي ويتصلب ويزداد حجمه من افراط غذائه ويكتسب صلابة المرمر ويستمر هكذا مدة طويلة بدون الم وهذه الاشكال وغيرها من الاشكال الكثيرة التي لا يتسع تعدادها ليس لها عند الطبيب اعتبار مهم في العملية بل الذي ينبغي له هو ان يتأمل في الاعراض السيمائية الناشئة من الافعال الموضعية من جهة وفي اتساع هذه الافة وغورها من جهة اخرى ونتيجة هذا التأمل وحدها كافية في معرفة ان شفاء المريض

بواسطة معالجة مضادة للالتهاب او مصرفة له واما بواسطة عملية جراحية والعملية
 تختلف بحسب كون الورم صغيرا متحركا تحت الجلد او كبيرا ملتصقا بالجلد
 او شاغلا للثدي بتمامه فاذا كان الورم صغيرا متحركا تحت الجلد فكيفية العملية
 فيه ان يكون المريض جالس على كرسي ويمسكه المساعد ثم يشق الجرح بجلدة
 الثدي شقا طويلا طوله بقدر جرم الورم ثم يتخذ في الجرح كلابا من دويا او جفتا
 ذا كلاب ويمسك به الجزء المصاب ويشده باليد اليسرى الى الخارج واليد اليمنى
 يكون بها المشروط ويتم الاستئصال بفصل الاربطة الخلوية الاربطة له ثم يقرب
 شفتي الجرح ويحصل الشفاء في زمن قليل * واذا كان الورم كبيرا شاغلا لمعظم
 الثدي وحصل منه في الجلد تغير والتشق بسطح السرطان فكيفية العملية فيه
 ان يحوط على الجزء المصاب من الجلد بشقين هلالين ويسلخ الجلد عن حوافيهما
 ويرفع ثم يستأصل الجسم السرطاني * واذا كان الورم شاغلا للثدي بتمامه
 عملت له عملية قطع الثدي كله وقد ذكرنا في تاريخ العمليات الجراحية الرئيسة
 ان لو نريد السكندري هو اول من عمل عملية قطع الثدي كله في سرطان الثدي
 وكيفيتها ان تستلقى المرأة على ظهرها ويشق الورم شقا فشيا فاول ما يشق
 الجلد ويكوى حالا بالمحاور والحجاة ليجتمع التزيف ثم يشق شقا اكثر غورا من الاول
 ويكوى ايضا وهكذا حتى يزول الثدي بالكلية ثم يتم العملية بكى سطح الجرح
 جميعه لتزول الاجزاء السرطانية التي ربما تكون بقيت في المحل وهذه الكيفية
 القياسية استمرت مدة طويلة مستعملة عند العرب وفي بلاد الاوربا والان قد
 تركت عند الجراحين المستجدين * والكيفية المستحبة تكون فيها المرأة
 على الهيئة السابقة او جالسة على كرسي ويقف الجراح امامها مائلا قليلا نحو
 الجهة العلية ويمسك الثدي بيده اليسرى ويشده الى الخارج ليجدد الجلد الذي
 ينبغي ان تكون العملية فيه ثم يشق بمشرط محذب على الورم من الجهة الوحشية
 شقا هلاليا متحرقا مبتدأ به من اعلى الى اسفل ثم يذهب بالورم نحو الجهة الانسية
 ليجدد الجلد ويشق في هذه الجهة شقا كالاول مبتدأ به من حيث ابتداء الاول
 ومنتهيا به حيث انتهى فيكون الشق محيطا بالورم السرطاني ثم يكشط الورم

كيفية عملية استئصال
 الاورام الصغيرة
 المتحركة

كيفية استئصال الاورام
 الكبيرة الملتصقة بالجلد

كيفية عملية قطع
 الثدي كله

كيفية مستحبة

مع جميع الاجزاء المصابة مبتدئا بتخليصه من اعلى الى اسفل ومن الداخل الى
الخارج وبعد استئصاله بذلك ينبغي ان يستقصى فان كان هنالك غدد اخرى موجودة
او اجزاء من النسيج الخلاوي متصلة ازالها ويحبس التزيف بوضع اصابع المساعدين
على فوهات الاوعية التي يخرج منها الدم او يربط كل ما انفخ من الاوعية
لتلاتدخل في اللحم فيعسر ربطها بعد ذلك وبعد ربط الاوعية ينبغي ان تضم
حواف الجرح حالا وتوضع اطراف الخيوط في زاوية الجرح السفلى ويحفظ هذا
الانضمام بالعصابات الزججة ثم يوسا من فسالة ورقائق وقفاقة يدن لها الزنقة
منكبية * ثم اعلم ان سرطان الثدي كثيرا ما يصحبه احتقان العقد الابطية
لكنها قد ترجع بعد استئصال الورم الاصل الى حالتها الطبيعية والغالب انها
تأخذ في الزيادة الى ان يتولد فيها الداء فيوجد في بعض الاشخاص حبل صلب
مصلب مكون من الاوعية الليفية به يحصل اشتراك العقد مع الثدي السرطاني
وحينئذ ينبغي تطويل الشق الى هذا الحبل واستئصاله مع جميع العقد المحقنة *
واذا امتد الداء السرطاني الى الضلع وكوى المحل المصاب منها
بالحديد المجي * وعملية سرطان الثدي هي اخر الاسعافات فلا تعمل الا اذا لم
يحصل نفع من استعمال الاشياء المضادة للالتهاب والمصرفة ونجاحها لا يكون
الا باستعمال الادوية الملطفة والمزقة قبل استئصال الاجزاء المصابة وبعده

الباب الرابع في آفات الخصية وما تتبعها وفي العمليات اللازمة لذلك

آفات الخصية ثلاث عشرة آفة

الاولى رض الصفن

رض الصفن لا يكون خطرا الا اذا امتد الى الخصية نفسها وهو كثير الحصول
لكون الصفن مدلى بين الفخذين سيما فيمن يعتاد الركوب وفي الغالب تنشأ عنه
القيلة الدموية لانه يحدث عنه غالب سريان الدم اما في النسيج الخلاوي تحت الجلد
لانه لشدة تهلهله يسهل سريان الدم فيه واما في الطبقة الغمدية واما في جوهر
الخصية ولذلك جعلوا انواع القيلة ثلاثة الرض ولا يستدعي معالجة مخصوصة

استئصال العقد الابطية

قد يعتد السرطان

الى الضلع

ينبغي استعمال الاشياء

المضادة للالتهاب

والمصرفة قبل

العملية وبعدها

وانما ينبغي للمريض ان يلازم الراحة ويستعمل الوضعيات الملائمة على الحمل
والقصد العام والموضعي على مسبب شدة الاعراض ويداوم على ذلك حتى يزول
الالتهاب والالام بالكلية ثم يستعمل الوضعيات المحاللة واذا كثر سريان الدم في النسيج
الخلاوي للصفن ولم يزل بالامتصاص يستقر غشيق طولي في الجهة المصابة ودوام
على المعالجة المتقدمة بعد العملية ايضا

الثانية القيلة المائية

اعلم ان اورام الكيس المتكونة من مادة مصلية رشحت في النسيج الخلاوي للصفن
او انتشرت في بعض لفاف الحصى او الحبل المنوي تسمى بالقيلة المائية ومعلوم
الاعراض ميزوها على حسب محالها الى قيلة مائية رشحية وقيلة مائية
انسكائية وهما يختصان بالطبقة الغمدية وقيلة مائية كيسية وهي تختص
بالحبل المنوي

القيلة المائية الرشحية

فالقيلة المائية الرشحية تكون بتجدد النسيج الخلاوي للصفن من الرطوبة المصلية
وتحصل غالباً من الاستسقاء الزقي او اللحمي ويندر كونها اصلية والكثير انها
تكون عرضية للاستسقاء ولا توجد حيثئذ الا في الاطفال عقب الولادة سريعاً
وتكون فيهم متسببة عن دوام عماسة البول للصفن لانهم دائماً ينزل بولهم على
الصفن او في الشيوخ ~~تكون~~ فيهم متسببة عن استرخاء نسيج الصفن وضعفه
ومعالجتها تكون برفع الصفن بحفاظ وتغطيته بوضعيات محاللة متقوية كغرق
مغموسة في مغلي فاتر من النباتات العطرية او في النبيذ صرفاً او مخلوطاً بمغلي
النباتات المذكورة واذا كان الارتشاح كثيراً استفرغت الرطوبة المصلية
بالتشريط الخفيف لكن لا ينبغي ذلك الا اذا كان الورم اصلياً فان كان عرضياً
لم يكف ذلك في شفاؤه لانه يكون ناشئاً عن اسباب بعيدة

قيلة المائية الانسكائية

والقيلة المائية الانسكائية تكون من تجمع الرطوبة المصلية في جوف الطبقة
الغمدية وهي اغلب القيلات المائية وقوعا وتتميز الى عارضيه وخلقية بحسب
كون الطبقة الغمدية ينهار بين فجوف البطن استطراقاً او لافان لم يكن هنالك

صفات القيلة المائية

العارضة

استطراق

استطراق سميت قليلة مائية عارضية وان كان هذا استطراق سميت قليلة مائية خلقية فالليلة المائية العارضية يكون فيها الورم املس رخو ومستويا متوجها في ابتداءه بدون تغير في لون الجلد ويبتدى من قعر الصفن ثم يعظم من اسفل الى اعلى تدريجيا حتى يصل الى الحلقة الاربعة وكلما زاد عظم الورم تعدد الجلد فوق سطحه وشكل هذا الورم يضي وتقله يقرب من ثقل الماء وفيه شفافية تظهر في الضوء الا اذا كان السعال يكرر ولا يتغير حجمه ولا اندماجه من حركات المريض ولا من هيئة وضعه ولا من تأثير الحرو والبرد في الصفن ويكون منفصلا من الحلقة فوق العانة يساق يحاذي الحبل الخصي ولا يحصل تألم من هذه القيلة الا اذا تعدد السعال الغشاء الحاصره فيؤثر حيثته في الخصية وموضع الخصية يكون غالبا في جهة الورم الخلقية من الانسية وتكون من تفعلة الى اعلى قليلا والبحث عن الاحوال التي ذكرناها بالتأمل يكفي في معرفة القيلة المائية وتمييزها عن الفتوق والرسوبات العرضية والقيلة الدوالية وغير ذلك من اورام الصفن وتمايزها عن الادرة العنسية ايضا شكلها وعدم انلامها وقلة ثقلها وكثيرا ما تعرض امور تغير احوال القيلة المائية وتضيق جملة من علاماتها فيكون تشخيصها خفيا عسرا فتارة يتورم بشدة ويعظم حجمه فيتصلب جدا ولا يدرك فيه التخرج وتارة يقرب من الحلقة فيوسعها طرفه العلوي ويدخل في البطن ويعظم فيها فينشأ عنه ورم ثان منفصل عن الاول يتضيق بينهما والقيلة المائية القديمة لا تكون الطبقة العنمدية فيها رقيقة شفافة بل تكون سمكة جدا وليضية وربما كانت غضروفية او عظمية وذلك مما يزيل شفافية الورم وتوجه وسيل القيلة المائية المنحصرة في الطبقة العنمدية يكون صافيا شفافا لونه يقرب الى الازرجية فان كان الورم معصوبا يفسد الطبقة العنمدية او حصل لها تاثر من الاجسام الخارجة تسبب عنه سريان دم في الطبقة المذكورة والتهاب شديد كان هذا السعال مسمر اللون او مظلما غروبيا او كدردي النبيذ فتزول شفافية الورم ويزيد ثقله والخصية في هذه القيلة تكون صغيرة الحجم مهزولة من قلة التغذية وقد تعظم وتصبح مجلسا الفساد غائرا سوطا في بسبب زيادة ثقل الورم ويسمى ذلك بالادرة

المائية العمدية والمناسب تسميته بالادرة العمدية المائية لان داء الخصى غالباً يكون متقدماً ويتكون منه تجمع الرطوبة المصلية وهي تستدعي معالجة القيلة العمدية فقط اذا كان في الخصى سرطان وكثيراً ما حصل شفاء احقتان الخصى بعملية الحقن * وينبغي للجراح عند الاستقصاء عن القيلة المائية ان يصرف غاية تأمله في امرين احدهما وجود السعال في الورم وثانيهما تحقق محل الخصى لانه اذا عظمت الطبقة الغمدية استرخت في بعض الاحيان فميل الخصى الى الجهة الوحشية او تنزل الى الاسفل او تذهب الى الامام بسبب تجمع المصل وهي ان لم يعرف محلها ربحاً جرحت وشفافية الورم تعين على معرفة محلها ولا ينبغي التساهل في جميع العلامات التي تكون موجودة فيها ولاجل ايضاح شفافية الورم ينبغي ان يكون المريض في محل مظلم مستلقياً على ظهره مثنياً فخذه مفرقا لهما الجراح ويمسك الورم قابضاً عليه من جهة الاربعة ويبيده عما يحيط به ثم يضع مصباحاً موقوداً خلف الورم ويكون هو من امامه ليكون تأثير الضوء من خلف الورم وزيادة هذا التأثير يضع الجراح حرف يده على الورم مثنيهاً قليلاً فبواسطة هذا الاستقصاء الحاصل في كل جهة من جهات الورم يعرف محل الخصى بانه الذي لاشفاقية فيه ويسهل التباعد عنه زمن العملية * وكثيراً ما يصيب القيلة المائية الفتق الاربى وهذا ينبغي توضيحه اكثر من بقية ما يصاحبها فان فيه تنزل الاحشاء البطنية تارة الى الامام مائلة الى الجهة الوحشية وتارة خلف الماء المتجمع وينبغي ان يعرف حد الورمين ولا تعمل عملية القيلة المائية الا بعد رد الامعاء الخارجية ومنع خروجها واذا كان الفتق محتقناً واقتضى الحال عملياته فينبغي تطويل شق الكيس حتى يصل الى الطبقة الغمدية ليحصل شفاء الموضعين معاً في وقت واحد * والقيلة المائية الخلقية كانت غير معروفة عند القدماء واول من اظهرها من اطباء المعلم وجورجى القرن سادس ولها صفات مخصوصة فان الورم يكون فيهار خواستموجاً غير مؤلم بالغمز عليه ويزول كله او بعضه بالغمز او بالاستلقاء على الظهر وسبب ذلك ان بين الطبقة الغمدية وتجويف البريتون استطرأ قاء السعال فيها يكون على حسب العوارض

ما على الجراح ان يصرف تأمله فيه

القيلة المائية المنحوية بفتق اربى

سفة القيلة المائية الخلقية

فاما ان يجتمع في الطبقة الغمدية او يرجع الى البطن السفلي ومع هذا الاختلاف
فكثيرا ما يصيب القيلة المائية المذكورة الفتق الخلقى ويقع هناك اختلاط اجزاء
سائلة باجزاء جامدة يسهل ردها في البطن ويبقى في قعر الصفن جسم مستطيل
مستدير هو الخصية * وقد شوهد وجود القيلة المائية الخلقية والخصية
ممسوكة في البطن او في القناة الاربية او في الحلقة فوق العانة ففي ذلك يتم دجزة
البريتون الذي ينشئ على الخصية وعند وصوله الى الخارج يتكون منه ورم اذا غمز
عليه برفق يرتد بالكلية ويزول فحينئذ يعرف وجود الخصية او عدم وجودها
والقيلة المائية يندر كونها مضرًا خطرا وان كان يحصل للمريض من ثقلها مشقة
ويتشوق دائما للخلاص منها وتتمتع انتصاب القضيب وتقلل الباء * ومعالجة
القيلة المائية اما معالجة تسكينية واما معالجة استئصالية فالمعالجة التسكينية
هي استفراغ السعال المتجمع في الورم بالبضع كما تولد وهي وحدها تناسب الشيوخ
والضعاف الذين لا يطيقون العمليات المؤلمة ولا الالتهابات الشديدة والمعالجة
الاستئصالية لا يكون استفراغ الرطوبة المصلية فيها الا بواسطة مهبئة لعمليات اخر
غاية تلك العمليات ازالة سبب تجمع تلك الرطوبة بواسطة احداث التهاب وانسداد
التجاويف الكائنة في الطبقة الغمدية * والكيفيات المستعملة في هذه المعالجة
كثيرة والرئيس منها هو الكشط والشق والكي والتنقيط والخزام ووضع القليل
والماسورة والحقن * فقاعدة الكشط قديمة جدا وشرحبها شلسو والبوكازس
وفلويو وينبغي فيها ان يكون المريض مستلقيا على ظهره فوق الجانب الايمن
من السرير وساقاه متباعدتان ومثنيتان قليلا والجراح يقف في الجانب الايمن من
السرير وييده مشرط مخدب ويقبض الجهة الخلفية من الورم بيده اليسرى
ليتمدد جلد الصفن الذي للجهة المقدمة ثم يشق الورم شقا ينزل به نزولا عاما ويدا على
جميع امتداده فان كانت القيلة المائية كبيرة الحجم فينبغي ان يحيط الجراح جهتها
المقدمة بشقين هلالين ليزيلها بهما ثم يشد الجلد الى جهة الخلف ويخرج الطبقة
الغمدية ويستأصلها بتمامها الى اسفل الحبل المنوى بواسطة مقص حاد
والمساعد زمن العملية يحفظ الخصية ثم توضع الخصية في قعر الصفن بعد ربط

ربما وجدت القيلة المائية
والخصية لم تخرج
الحلقة فوق العانة

معالجة

قواعد في العملية

الكشط

الاوعية وتقرب حافتا الجرح الى بعضهما ويعالج بوضع نسالة ورقايد ويثبت
 جميع ذلك بحفظ * وقاعدة الشق قديمة ايضا كالتى قبلها وتكون بشق جلد
 الصفن في مرة واحدة بشرط فتسيل منه المائية ثم يملأ الجرح بنسالة وبقيّة
 الجهاز لا يختلف فيها عما قبلها ورعاية المعالجة حفظ تجويف الطبقة مفتوحا
 حتى تتولد الاضرار للعمية على جميع سطحها وتسده سدا تاما بانضمها على
 النخبة * وقاعدة فتح القيلة المائية بالكي بالحديد المحي او بالجواهر الكاوية بان
 تكوى الجهة المقدمة بالحديد طولا او يذرع عليها من الجواهر الكاوية خط طويل من
 اعلى الى اسفل اوصى عليها بعض الجراحين والمعلم جوس دى شليا النوان استحسن
 ان هذا الفعل لا ينبغي ان يكون الاعلى الجهة المقدمة من الورم لكنه كان يضع من
 البوتاسة قطعة كافية لان تحدث في المحل خشك ريشة قطرها نصف قيراط وبعد
 احداث ذلك يغطى المحل بوسادة مدهونة بالمرهم الهاضم ويحفظ الصفن بحفظ
 ويلزم المريض الراحة الكلية وبعد اليوم الثاني والثالث من العمل يظهر في
 المحل الم و يتصلب الورم ويتورم ويحصل في الطبقة الغمدية التهاب شديد تنشأ عنه
 حمى وقى * ثم تسكن هذه الاعراض بعد اربع وعشرين ساعة او ثمان واربعين وتأخذ
 الخشك ريشة في الانفصال واذالم تنفتح الطبقة الغمدية من البوتاسة فتحت
 بموضع والسيال الخارج يكون دبقا غير شفاف يقرب للصغرة وفيه قطع زلالية
 كندف القطن وكما خرج تقاربت لغافة القيلة المائية حتى تلتحم بالكلية واكثر
 الجراحين هجرها الا بعض جراحي الانجليز فيستعملها الى الان سيما في الاطفال
 الذين جلد الصفن فيهم رقيق لطيف لكن يكفي فيهم حن المحل بالجحر
 الجهنى او وضعه نحو نصف ساعة وهذه تعمل لهم الى ان يبلغوا عشرين *
 وقاعدة التنقيط من جملة انواع الكي وهي ان يغطى سطح القيلة المائية بضمد
 منقط ليحدث في الطبقة الغمدية تيجبا يعقبه على زعمهم تشرب السيال وشفاء
 المرض من اصله ونجاح ذلك قليل * وقاعدة الخزام قديمة ايضا به عليها جالينوس
 وغيره وتكون على كيفيات مختلفة منها ان ينقب او لالة البزل اسفل الجهة المقدمة
 من القيلة وبعد استفراغ السيال منها يدخل في الماسورة سهم بماسورة مصنوع

الشق

الكي

التنقيط

الخزام

على هيئة الابرة له ثقب يدخل فيه خيط الخزام ويذهب به الجراح من اسفل الى
 اعلى رافعا به الطبقة الغمدية مع الجلد الى الامام ثم يشق من فوق زر هذا السهم
 شقا صغيرا يخرج منه ويتخذ فيه خيط الخزام الذي ينبغي ان يدوم في هذه الجهة
 والاسهل من ذلك ان يكون السهم حاد الطرف ليسق بطرفه بدل الشق بالمشرط
 وبعض المعلمين يدخل في ماسورة الالة البازلة ماسورة صغيرة فيها مسلة حادة الطرف
 يتخذ بها الخيط * وقاعدة وضع القليل ينبغي فيها ان تشق الطبقة الغمدية شقا
 صغيرا نافذا ويتخذ فيه قليل ويجدد الى ان تلتحم الاجزاء وهي متروكة عند جراحي
 الافرنج ومستعملة عند جراحي العرب * وقاعدة الماسورة تتم بكيفيات مختلفة
 فبعض المعلمين كان بعد اتمام البضع بالالة البازلة ولتفرغ السعال يبق ماسورة
 البازلة فتحك باطن الطبقة الغمدية وتخرجها فيحصل من ذلك التهاب والمعلم لربه
 اوصى بتنفيذ قطعة من قانا طير من الصمغ اللدن محفوفة مفتوحة الطرفين طولها
 خمسة قراريط وغلظها مناسبا لان يتخذ في ماسورة البازلة ويترك منها قيراطان
 في تجويف الطبقة الغمدية وتثبت فيها بواسطة خيط يربط فيها وفي حفاظ ليجدث
 منها التهاب في الطبقة الغمدية لانها بمنزلة جسم غريب والغالب ان الالتهاب
 لا يتأخر وجوده اكثر من يوم وليلة فان حصل قبل ذلك اخرجت والعلامة التي
 يعرف بها وقت اخراجها هي انقطاع السعال الخارج منها وذلك علامة على
 ابتداء حصول الالتهاب * وطريقة الحقن ليست قديمة جدا واول من
 اخترعها جراحو الانجليز وكانوا يستعملون فيها محلول البوتاس او روح العرق
 او غيرهما من السوائل المنبهة لكن احسنها النييد والذي ينبغي في هذه
 الطريقة تجهيز محقنة تسع نصف رطل او ثلاثة ارباع رطل وتكون ماسورتها
 مطابقة لماسورة البازلة مطابقة محكمة وتجهيز آلة بازلة معتدلة في الغلظ ووعاء
 ينزل فيه السعال وزجاجة نييد اخرجها بمزيج باوقية او اوقيتين من العرق على
 حسب ما يطلب احداثه من درجة الالتهاب ثم يسخن النييد حتى تكون حرارته
 في درجة ثنتين وثلاثين او خمس وثلاثين من ميزان الحرارة المنسوب للمعلم رومور
 وعلامة ذلك ان يقبل الاصع حرارته اذا وضع فيه * وينبغي في وقت البضع

وضع القليل

ماسورة من فضة
او من صمغ لدن

الحقن

كيفية البضع

ان يكون المريض مستلقيا على جانب سريره وتغذاه متباعدان وبأخذ الجراح
 الورم بيده اليسرى رافعا بها الخصية الى الاعلى والخلف مقربا بذلك السائل نحو
 اسفل الطرف المقدم ليبرز هذا الطرف ثم يأخذ الالة البازلة باليد اليمنى ويضع
 سبابتها على ماسورة الالة محددًا بها القدر الذي يريد ادخاله ويكون على حسب كبر
 القبيلة ولا يزيد عن قيراطين ويضع بهما من اسفل الى اعلى ما تلا قليلا من الامام
 الى الخلف فيما بين الاجزاء البارزة بالغمز فاذا زالت المقاومة وتخرج من السائل
 بعض نقط على ماسورة البازلة دل ذلك على ان الالة تقذت في السائل فيثبت
 يخرج سهم البازلة باليد اليمنى ويثبت ماسورتها باليد اليسرى في المحل حتى
 تستفرغ الرطوبة المصلية ويغمز على الصفن برفق ليسهل الاستفراغ متحرزا من
 ان يقرع طرف الماسورة الخصية ثم ان لم يرد الا المعالجة التسكينية للمرض رفع
 الماسورة وغطى الصفن برفادة مغموسة في النبيذ وحفظها بحفاظ وبعد قليل
 من الايام يرجع المريض الى اشغاله الاعتيادية * وكيفية الحقن ان يدخل
 الجراح ماسورة الحقنة في ماسورة البازلة ويدفع السائل تدريجا حتى تمتد الطبقة
 الغمدية وتعود الى اتفاسخها الذي كان قبل استفراغ السائل منها فان لم يكف
 في ذلك امتلاء الحقنة مرة فليمت مرة ثانية وهكذا حتى يمتلئ الصفن والسبابه هنا
 تخدم في سد الماسورة ليحتبس السائل من دقيقتين الى ثلاث ثم ترفع السبابه
 ويخرج السائل ويعاد الحقن ثانيا وثالثا اذا لم يحدث من الاول والثاني الم شديد
 ولم يستشعر المريض بامتداد الالم في طول الحبل المنوي الى القطن وترفع الماسورة
 بعد استفراغ الحقن الاخير ثم بعد استفراغ الطبقة الغمدية من جميع ما فيها يغطي
 الصفن برفادة مغموسة في النبيذ وتحفظ بحفاظ * وفي اليوم الثاني تنتفخ الاجزاء
 وتصبح حادة مؤلمة وقد تحدث حمى شديدة فيثبت يلازم المريض الراحة الكلية
 ويؤمر له بالمشروبات اللطيفة للدم وتستعمل الوضعيات الملائمة على الورم وفي اليوم
 العشرين ترجع الاجزاء الى حجمها الطبيعي شيئا فشيئا واذا حلت العملية شفى
 المريض فان كانت القبيلة المائية في الخصيتين عملت الاولى منهما وبعد شفائها
 تعمل الثانية

كيفية الحقن

معالجة تابعة

مبحث التقابل بين هذه القواعد

الكشط عملية طويلة مؤلمة ويعقبها التهاب شديد في الخصية وتقيح في الصفن ينشأ عنه زوال الخصية وهذه لا يكون فيها نجاح غالباً وأما الشق فهو خطر أيضاً وينشأ عنه التهاب شديد والسكى ينشأ عنه التهاب شديد أيضاً ولا يصح إلا إذا كانت القيلة المائية صغيرة الحجم والتنقيط وإن كان لا تعرض منه هذه الآفات إلا أنه لا يكون كافياً وأما الخزام والغبيل والمواسير فلا تحدث التهاباً إلا في بعض الطبقة الغمدية والغالب أنها لا تكفي وأما الحقن فهو نافع من حيث أن عملية سهلة وإن السعال يتقذ في جميع ثنيات الطبقة الغمدية وأنه يمكن جعل الحقنة ذات خواص مهدئة شديدة التيسير أو خفيفة بواسطة تقليل المكنث أو تطويله أو إضافة روح العرق إليها وإضافان العملية فيه قليلة الخطر ويمكن إعادتها إذا لم تصح في المرة الأولى وهذه الأسباب التي هي أكثر اهتماماً أوجبنا لاستعمال الحقن كثيراً في شفاء هذا الداء الذي نحن بصدد عمله وربما استعمل الحقن بدون خطر إذا كان في الخصية أو الأبيذيموس ورم وكثيراً ما شوهد شفاء ورم الخصية بالحقن إذا لم تكن في حالة أسكروسية * وأعلم أنه قد يتفق بعد استفراغ السعال أن يخرج ما سورة البازلة من الطبقة الغمدية فيحصل من ذلك أن السعال بدل أن يتقذ في جوف هذه الطبقة يسرى في النسيج الخلوي للصفن ويعرف هذا العارض حالاً باتفاخ جلدة الصفن وبعد خروج السعال من الماسورة في هذه الحالة يوقف عن الحقن ولا يتم ويشق جلدة الصفن شقاً طويلاً حتى يخرج منه السعال ثم يادرباً بالوضعيات الملية تمنع ظهور الغنغرينا والأمور المهلكة التي ربما تحصل * وإذا كانت القيلة المائية غير شفافة وصحبتها تغير في الخصية أو في الطبقة الغمدية وجب شق الورم وبهذه الكيفية وحدها يمكن معرفة حالة الخصية ولذاقتها * فإن كانت الخصية أسكروسية وجب استئصالها حالاً وإن كانت لغافتها متقرحة أوليفية أو غضروفية استوصلت أيضاً كما ذكرنا * وإن كانت القيلة المائية خلقية عملت على كيفيتين أحدهما أن يرجع السعال للبطن ويضغط على الحلقة الأربية

هو ارض الحقن

الشق مناسب إذا كان

المرض معصوباً يتغير

قد يكون الكشط

ضرورياً

علاج القيلة المائية

الخلقية

بجزام فتقى فيحبس السبيل في البطن ويستمر ذلك مدة نحو اسبوع حتى يحصل الالتصام ولا يبقى استطراق بين البطن والصفن وانما حكت جدران الصفن ببعضها بان تمسك بين اصبعين وتحك اغان ذلك على الالتصام والثانية ان يضغط اولا على اصل الطبقة الغمدية باصبع المساعد ثم يفعل البضع والحقن على نحو ما ذكرنا والاولى وضع الماسورة بدل الحقن لئلا يمتد التهاب السبيل الى البطن وبعد العملية يعاد الضغط بالجزام الفتقى الاربي فيحصل الشفاء كما في البالغين والضغط في زمن الحقن يمنع السبيل عن ان يتقد في البطن وبعده يمنع التهييج عن ان يصل الى البطن السفلى بل يبقى في محله ويتسبب عن الضغط ايضا انسداد عنق الورم وينبغي قبل العملية ان يتحقق وجود الخصية في قعر الكيس لانها ان كانت في الحلقة الاربية او في البطن استعملت وسائل اخرى وان كان هنالك فتق خلقي حسن رده كما يجب حتى يمنع التهاب الاحشاء

القيحة المائية الكيسية

والقيحة المائية الكيسية تظهر غالباً في سلك الحبل الخصي والورم الحاصل منها يكون رخواً شفافاً وتوجه دائماً نحو سورا ينزل تدريجاً من القسم الاربي الذي هو منشأه غالباً الى قعر الصفن والاستقصا الجيد عن صفاته يميزه عن الفتوق الاربية ونوع هذه القيحة ينبغي ان يعالج بالحقن ثم بالضغط على الورم عقب الحقن لتتقارب جدراته ويمس بعضها ببعض فيحصل التصاقها وهذه الكيفية ينبغي عملها في القيحة المائية الكيسية التي تكون في الايدى يموس وهذه القيحة نادرة جدا والشق والكشط لا يتفعان فيها الا اذا كان تشخيص الداء خفياً او كانت جدران الكيس صفيقة جداً فيسهل تلامس بعضها ببعضاً

الثالثة ارشاح مصلى للحبل المنوى

الارشاح المصلى في التسريح الخلوي المحيط باوعية الحبل المنوى يسمى عند بعض المعلمين القيحة الانسكابية ويعسر تمييزه عن القيحة الدوائية وهو ورم رخو كالبحين مستطيل قليل التموج غير مستو ليس مصحوباً بعقد معوجة ويمتد من الحلقة الاربية الى قعر الصفن فان استعصى هذا الورم على الوضعيات المحالة والمقوية

واحدث للمريض مشقة حسن شقه بالطول وبعد استقرار السعال منه يذهب
النسيج الخلوي ويتم الشفا من ذاته

الراية قليلة ووالية

الليلة الدالية مكونة من تمدد دوالي في عروق الخصى وهي ورم رخو كالجين
غير مؤلم يمتد من البطن الى قعر الصفن والحرارة والوقوف الطويل يزيدان في
حجمه وتأثير البرد والاستلقاء على الظهر ينقصان حجمه والسعال والحركات
العنيفة لا يزيدان في حجمه ويستشعر بالامس انه مكون من حبيلات رخوة
عقدية تكونت من تمدد الاوردة الخصى والاعراض الغالبة في هذا الداء هي
الاحساس بامتلاء وثقل شاق في الصفن وبعض ألم في الخصى وتورف القطن *
وهذا الداء في الشيخ يكون اكثر منه في الكهول وفي الاشخاص الضعاف اكثر
من الاقوياء وفي الجهة الشمال اكثر من اليمين وذلك حاصل على رأى بعض المعلمين
من كون الجهة السفلى من قولون تضغط على الاوعية المنوية * والليلة الدالية
قابلة لان تكتسب حجما عظيما وشوهد انها قد رقبضتين والاوردة الدالية
المصاحبة لها قد تغذي الخصى وتخرب نظام تركيبها وتزيل جواهرها وينشأ
عنها في بعض الناس ألم شديد قاس وفي بعضهم قد تضمر الخصى من قلة الغذاء
وكانها تختفي فيما بين الاجزاء الدالية او تصير اسكروسية او سرطانية * واصحاب
هذه الليلة ينبغي لهم ان يضعوا حفاظا جيدا الصناعة لرفع الخصى رفعا جيدا
ويحفظها ويستعملوا الابرن الباردة والوضعية المقوية والقابضة والاعذية المقوية
لانها ربما قوت حركة الدم وجرانيه في الاوردة فلا يبقى منحصر فيها وربما قوت
جدران الاوعية فتضيق فتحتمل الرياضة المعتدلة فبذلك يحصل الشفاء لهم
او يمتنع تقدم الداء فاذا صار الداء ذا حجم وحصل منه مشقة وألم فليبادر بالعملية
وتكون بشق الحبل المنوي واطهار طوله كله وتعريته عن لغايقه المرسله اليه من
الغافة السطحية ومن العضلة المعلقة ومن الغافة الباطنة وينبغي ايضا
تبعيد الاوردة الدالية عن بقية الاوردة وقطعها اما حالا او بعد ان تربط برياطين

اسبابها

تتأهبها

معالجتها

واحد من اعلى وواحد من اسفل ويقطع ما بينهما وذلك اذا كانت غليظة لزيادة
الامن وهذه العملية لا تعمل الا في الاحوال النادرة حيث يكابد المريض الماء
شديدا قاسيا

الخامسة احتباس الخصية في الحلقة

قد تحتبس الخصية في البطن او في القناة الاربية او في الحلقة فوق العانة اما الاول
فلا يمكن معرفة وجودها فيه لعدم ظهور عرض يدل عليها والجراحة تجز عن
عملية تعمل لذلك لا يمكن لا مانع من ان يتفع فيها ما ينفع في اللتين بعددها من
الوضعيات المرخية والوثب والحركة العنيفة والدلك اللطيف لتطويل الاربطة
الماسكة لها واما الثاني والثالث فينبغي فيهما ان يسادر بالابزن المليئة
وبالوضعيات المرخية والرياضة المعتدلة ليستعان بذلك على تطويل الاربطة
الماسكة للخصية عن النزول ومتى عثر بالخصية جذبها باصبعه الى اسفل لتنزل
من الفتحة فاذا نزلت نزولا كافيا بحيث يمكن وضع الاصبع فيما بينها وبين الحلقة
فينبغي ان يغمز برفق من اسفل الى اعلى فوق البروز الحاصل او ان يوضع فيما بين
البروز وجهة البطن مخدة حزام فتقى لتتبع خروج الاحشاء التي تسمى كاد تنزلق
من البطن فان اختنقت الخصية المحتبسة في اعلى الحلقة وحدثت اعراض
خطرة كالتعني والمغص وغيرهما وجب منع نزولها بسد هذه الفتحة بالحزام
الفتقى او بالسعي في انكاشها على نفسها بواسطة الابزن الباردة لتبقى الخصية
محتبسة من اعلى الفتحة واحتباس الخصية في البطن السفلى لا خطر فيه لانها
يمكن ان تتم وظيفةها وهي في هذا التجويف كما تكون في الصفن

السادسة خصية زائدة في العذو

زعم بعض المعلمين انه وجد خصية زائدة على الخصيتين لكنه لم يقم برهان كافيا
على ذلك وتأملاتهم لم يؤكدوها التشریح لانه لم يوجد في التشریح المرضي ما يدل
على انها خصية ثالثة اذ لم يشاهد فيها قنوات ولا اوعية ولا غيرها مما للخصية
والاقرب للعقل ان هذه الاورام تكونت من اجزاء ثرية خرجت من الحلقة

وقوله منها في الصفن أورام شحمية ذات احتساق وصفها هذه التولدات وعدم
وجود القنلة الدافعة للمني فيها يثبت ذلك

السابعة جروح الخصية

جروح الصفن الواصلة للخصية تستدعي الانتباه والمعالجات الشديدة اللطف
والرئيس في ذلك التمسك بخصوص الأشياء التي يتدارك بها الالتهاب الشديد
الذي يعدم جوهر الخصية الخاص بها وينبغي أيضا زيادة التحرز من شد
الآخيلة الصفرا التي توجد في الجرح أو استئصالها فانها هي القنوات النسلية
للمني وانما زاعت عن لقافتها البيضاء وإذا انهرست البيضاء انهراسا كاملا ويجب
استئصالها ولكن قبل هذه العملية ينبغي تحقق الاضطرار اليها فان هذا العارض
نادر جدا

الثامنة التهاب الخصية

الالتهاب الشديد في الخصية آفة خطيرة وينشأ من اسباب خارجية وفي اغلب الناس
يكون من مشاركة الالتهاب الحاصل في قناة البول زمن السلس المخاطي الا فرنجي
وعلى كل فهو يستدعي المعالجة المضادة للالتهاب العامة والموضعية خصوصا
وضع العلق على الصفن مكروا وإذا كان المرض طويلا من احتباس سبيلان
افرنجي ويجب ارجاع التبرج والسيلان للذين ذهبوا بواسطة تشاخ الخصية وذلك
يكون بإدخال قاثا طير من صمغ لدن في مجرى البول مع وضع المضادات ونحوها
على الصفن وأما المحللات فلا تنفع في معالجة هذا الداء الا عند زوال الالتهاب الكلية
وضعف الامتصاص عن جذب المواد التي تجمعت من التبرج

التاسعة خراج الخصية

خراج الخصية ينبغي فتحه عندما يصير ظاهرا وكثيرا ما يعقبه احتقان اسكبروسي
او هزال هذا العضو او ذوبانه

العاشره قيلة منوية

واعلم ان القدماء كانوا يسمون بعض احتقانات في الخصية بالقبيلة المنوية فلما
منهم انها ماصلة من تجميع المني في هذا العضو وهذه القبيلة التي زعموها
وشرحوها ليست الا قبيلة دواليه والتهابا من منافي الخصية لان الطبيعة تصرفات
كثيرة تستخلص بها المني بدون ان يتجمع تجميعا مؤثرا فلذا كان هذا الاسم
لاسمي له وينبغي رفعه من جدول رتب الامراض

الحماوية عشر اذرة لحمية وتسمى سرطان الخصية

اسكريوس الخصية او سرطانها يسمى بالاذرة اللحمية وهذا العضو نظرا لهيئة
وضعه من كونه بعيدا عن الجسم غير ملتصق به وللسبب انما التي بينه وبين قناة
البول التي هي معرضة لالتهابات كثيرة كاحتباس السيلال الافرنجي والبول وغير
ذلك وللطمع في الجماع الذي يتعب وظيفة هذا العضو التي هي افراط افراز المني
يكون معرضا لالتهابات مزمنة وللتسربن وهذا المرض يصيب الشبان كثيرا
ويظهر غالبا عقب اختقان الخصية لالتهابا وقد يحصل من ضربة او رض وقد
يظهر من غير ان يعرف له سبب * واعراض هذا المرض ان يتقدمه في بعض
الاحيان الم في القطن وفي الحبل المنوي وفي الاربيسة والاليتين وترم الخصية
وتتيسر ويكون ورمها يضي الشكل او مستديرا وازيد الثقل والمه في الابتداء
يكون قليلا او غير موجود ويحصل في الحبل المنوي من ثقل الورم وتورشا ق
ولا يوجد في الورم في الابتداء حرارة ولا تغير في لون الجلد ثم يحتقن الحبل المنوي
ويشترك مع الخصية في الداء فيحصل في الورم الم ناخس ويصير غير مستو ثم يلين
الجوهر الخاص للخصية ويبتدى التهيج في الجلد الذي لم يحصل قبل فيه شيء
ويلتصق ببعض محال من بروز الورم فيكون خراج نصير فتحتة التي يخرج منها
الصديد ناصورية وقد يحصل حوالى هذه الفتحة تولدات فطرية ترتفع وكل
من التقيح والحصى والديا ترى العام لسرطان يسوق المريض للهلاك بعد زمن
طويل في الغالب وسرطان الخصية غالبا ينتهي بانتهاء مهلك لكنه بطي
* واعلم ان كثيرا من الجراحين كان يظن انه متى ظهرت الاذرة اللحمية وجب

اعراض هذه الافة هي
اعراض الالتهاب
المزمن

بقي مقاومته بمضادات
الالتهاب

قطع الخصية واستئصالها ولكن تقدم الطب الفيلسوفى والمشاهدات الكثيرة
أكدت شفاء كثير منها وكان كبر الحجم صلبا غير مسترو ومعه ألم شديد فأنخذت في
التناقص تدريجيا وانتهت بالزوال بالكلية بواسطة الراحة والحمية والايرون
المتواليمة والضخامات المليئة والقصد الموضعى فى كل يومين او ثلاثة بوضع ثلاث
علاقات او اربع اوست على حسب قوة المريض مع المداومة على هذه المعالجة. واما
الادوية الزيقية التى مدحت جدا لادوية الحمية فلا تناسب الا اذا كانت ناشئة
عن الداء الافرنجي ومع ذلك فينبغى ان يتقدمها جميع الوسائط المذكورة واما
الشوكران والمخللات الوهمية التى اشاعها كثير من الجراحين فربما انها لم تشف
ولا اذرة واحدة * واذا لم ينجح استعمال الاشياء المذكورة واستمر الداء فتنبغى
العملية قبل ان يمتد الاحتقان الاسكيريوسى الى الحبل المنوى او الى العقد
اللينقاوية للحفرة الحرقضية او القطن فلا تمكن معرفت حاة البطن التى لا بد للجراح
من معرفتها ولا الحبل المنوى ولا تمكن معالجتهما لان جميع الاجزاء المريضة لا يمكن
قطعها كلها والذى يبقى منها يغوف فيه الداء سريرا ويصير مهلكا فلا تنفع العملية
حيثئذ ولا ينبغى ان يختلط على الطبيب ارتشاح غير مولى في الحبل او خروج جزء
من المعادن محله او من الثرب بالا حتقانات التى نحن بصدد * والجهاز لذلك
مشرط محدب ومقصات وملاقيط واخيطه مشبعة ونسالة ورفائد وحفاظ
وينبغى ان يكون المريض موضوعا كما فى عملية الفتق الاربى فيكون مستلقيا على
ظهره متباعد الفخذين ومثنيهما ويقف الجراح على يمين المريض فان كان الورم
متوسط الحجم والجلد المغطى له سليما شق طولا من الحلقة فوق العانة الى اسفل
الصفن وان كانت القيلة اللحمية عظيمة الحجم جدا والجلد متغيرا ملتصقا بسطحها
فينبغى احاطتها بشقين هلاليين وليزل الجراح مع الورم قطعة من الجلد المتغير صغيرة
او كبيرة على حسب حجم القيلة وعلى كل فينبغى ان يمسك الورم باليد اليسرى من
الجهة الخلفية ليدفع الى الامام وليتمدد الجلد الذى عليه واذا انفصل الجلد
وخرجت منه الخصية خلصها الجراح مما يحيط بها بمشرط مبتدأ من اسفل
الى اعلى وبعد استخلاص الحبل المنوى يمسكه للمساعدة ثم يقطعه بعيدا عن قميمته

اذا استعصى الا
وجبت العمارة

الجهاز

ببشرق قيراط * وربما حصل بعد العملية تزيف أماً من أوعية الحبل المنوى أو من الأوعية المنفصلة في الصفن تنفسه وقد اوصوا بربط الحبل كله بطبس تزيف الشريانات المنوية ولكن شوه دانه حصل من ربطه اعراض خطيرة لانه محتوي على اعصاب كثيرة فيشتد الالم فاختر ان يربط كل واحد من الشرايين المنوية على حدة ولتسهيل ذلك ينبغي ان يساعد الماسك للحبل المنوى بحفظ الضغط عليه قليلا لتظهر فوهات الشرايين وأما الأوعية الأخرى فينبغي ربطها على الكيفية المعتادة وينبغي التأنى في الربط وربط اصغر الشرايين لان الدم فيه شدة ميل الى ان يرنح في النسيج الخلووى المكون لجدران الجرح وبعد ربط جميع الأوعية تقرب حواف الجرح وتضم بالعصايب الزججة او بغرز من الخياطة ثم يعالج معالجة بسيطة حتى يتم الشفاء

الثانية عشر هزال الخصية

هزال الخصية من عدم تغذيتها مرض نادر وسببه مجهول وكثيرا ما يشاهد في الاقليم المصري وبر الشام وشاقص الخصية وانحلالها حصل في بعض الناس من غير ألم وفي بعضهم بالآم ناخس شديد وهزال الخصية لا يكون في واحدة فقط بل يعم الخصيتين والجراحة تجز عن شفاء ذلك وقد يحصل بتبعيد السبب

الثالثة عشر استحالة الصفن الى داء الفيل

الصفن قابل لان يحصل فيه احتقان لينفاوى واستحالة تشبه داء الفيل والغالب ان الخصيتين يقيان سليمين فيما بين افاغتهما الغليظة وهذا المرض مخصوص بالبلاد الحارة كالاقليم المصري وبعض اقسام افريقيا وبر العرب وبر باد الهند ويسمى باسماء مختلفة الاول القبلة العمية والاطباء المستجدون عرفوا ان الخصية فيه تكون سليمة بخلاف القبلة العمية وصفاته هي صفات داء الفيل والغالب انه يوجد مع داء الفيل في الارجل فلذا جزموا بان الذي في الخصية من طبيعة داء الفيل والصفن قابل لتحد عظيم فتشوه به بمصر صفنا بحجمه قدر حجم الزق والحواجا كلوت وثمن مدرسة الطب بابي زعبل قطع قبلة

بالاسكندرية في شوال سنة ١٢٤٥ ووزنها مائة رطل وعشرة أرطال وفي مشاهدات الجراحة الى الآن لم يشاهد مثل هذه القيلة في الحجم وهذا الداء كان يظن القدماء انه لحم فيقولون انه قيلة لحمية بسبب انهم لم يستعملوا فيه السلاح حتى يفرقوا بين داء القيل والقيلة اللحمية والفرق بينهما ان القيلة اللحمية يتسد معها الورم الى الاربسة وتكون الخصيتان في داء القيل في محلها والذي يرم وينزل الى اسفل انما هو الصفن والظاهر ان هذا الداء يكون في النسيج الخلوي فترشح فيه لينفا صفيقة تمده وتختلط به والقضيب يجذب بسرعة ويدخل في الورم الذي سببه التهييج المزمن الحاصل في الاجزاء التي اصابها والمعالجة المناسبة لذلك هي الوضعيات الملية والقصد الموضعي المتتابع والابتن والمصرفات وغير ذلك ويحترس من الوضعيات القابضة والمهيجة لانها تزيد في رداءة الداء فان لم تنفع هذه الاشياء قطعت الاجزاء المصابة وابقى من الجلد شرافات تكفي لان تغطي الاعضاء المتعريّة التي هي القضيب والخصيتان وتضم بغرز خياطة والنساء معرضة لهذا الداء ايضا فانه قد يعم الشفرين الكبيرين ويصيرهما ذوى حجم كبير ويمكن استئصاله بدون خطر

الباب الخامس

في افات الكلى والحالبين والمثانة وما يلزم لها من العمليات وهي ثنتا عشرة آفة

الاولى جروح الكلى

صغر الكلى وغور وضعها وكثرة الاجزاء الكائنة امامها والصفافة والمقاومة اللتان في الاجزاء المعصدة لهما من الخلف كل ذلك مما يصير جروحها عسرة نادرة لكنه قد سمع من المعلمين انه اصابته جروح من سهام ونحوها والاجسام الجارحة التي تنفذ بعد مرورها في القسم القطعي الى الكلى وتجرحها لا تصيب البريتون ولا يحصل منها انسكاب بول في البطن وتعرف اصابة الكلى من محل الجرح واتجاهه وخروج الدم او البول المختلط بالدم منه او من مجرى البول وبانكماش اختلاجي في الخصية نحو الحلقة من الجهة المحاذية للجرح وقد يحصل

في النخبة الثانية بطريق السجيا ثيا و بانزعاج المريض الاخذ في الزيادة والنقص
حيث يكثر من صغيرات متواترا غير منتظم والبول يكون قليلا وفيه رسوب وقد
يكون صافيا والجلد يكون جافا واللسان احمر وكثيرا ما يحصل القيء ومع كون هذه
الاعراض ثقيلة جدا لا تكون آفة الكلية مهلكة والشفاء يحصل بسهولة عند
ما تكون الجذوع الرئيسية للشرين الكلوية سليمة والجرح غير واصل بخوف
البريتون ونوع هذه الافات لا يؤثر خطر غير التهاب الكلية وهو يقاوم بالاشياء
المضادة للالتهاب العامة والموضعية سيما الاستقرانات الدوائية العامة
والموضعية الغزيرة المتكررة والمكمدات والضمادات المليئة على الحمل المصاب
والجلوس في الابرن المركبة من مغليات مليئة فاترة مدة طويلة كخمس ساعات
ويكون المريض في الراحة الكلية واذا انقطع البول وجب الاستقصاء عن القسم
الثاني ليتحقق هل تجمع فيها بول من دم تجمد في عنق المثانة منعه عن الخروج
فان يمكن انخرج بالقائاطير والمشروبات المليئة كغلي الخبازي وبرز
الكثان والمستحلبات من البرور والوزو والبوب يحصل منها نجاح بتبريدها اجزاء
البول فيقل تهيجه وقد يعقب هذه الجروح ناصور بولي قطني وهو عديم الشفاء
غالبا

الثاني خراجات الكلية

الالتهاب الحاد الشديد في الكلية قد ينتهي بتقيح لا يمكن معرفته الا بالعلامات
العامة المصاحبة لتكونه كالحرارة ونشوفة اللسان وبظهوره في القطن الذي
يحصل منه ورم تحت الجلد كثر حجمه او صغر فاذا ظهر في هذه الحالة تخرج غائر
فاليعص الجراح بمشرط الى اصل الصديد ليستفرغ ثم يتقذ في الجرح قليل ليبقى
منفتحاً ويسهل خروج الصديد منه وينبغي مداومة وضع الضمادات المليئة
الى ان يأخذ الجرح في الالتحام وينبغي في هذه المدة بعد المعالجة البسيطة ان تمنع
استحالة الجرح الى ناصور عديم الشفاء اذا امكن ذلك

الثالثة حصاة الكلية

الحصاة البولية المتكونة في الكلية ربما وقعت في حوضها ولم تكش فيه زمنا طويلا واكتسبت حجما كبيرا ولم ينشأ منها اعراض خطيرة غير انه بعد ذلك بزمان ما ينشأ عنها التهاب شديد في انسجبتها يسمى التهابا كلويا حصويا وقد ينتهي بتفجيع هذه الاجزاء وتلاشيها والغالب انه يتبدى بغتة بالم شديد فاحس في القسم الكلوي من جهة واحدة او من الجهتين ثم يعتمد من هنالك نازلا على اتجاه الحالبين حتى يصل للمشانة والاربية والقنذ المحاذيين لها ويعتمد في الرجال الى الخصية فتجذب بقوة نحو الحلقة والى القضيب وخصوصا الى الغدد الاربية وينضم لهذه الاعراض جميع اعراض التهاب الكلى ومع وجود هذه الاعراض كلها فيعسر تحقق وجود الحصاة فيها ان لم تقل انه محال وزعم بعض المعلمين ان هذه الحصاة تستخرج بواسطة عملية تسمى القطع الكلوي والذي يظهر ان هذه العملية لم تستعمل في حق وان ذكر المعلمون انها استعملت مرات عديدة وانها ليست بمحالة والذين تكلموا عنها بالغوا في عسرا تمامها فاذا تحقق وجود الحصا واضطر الى العملية فينبغي فعلها على هذه الكيفية وهي ان يكون المريض منبطحا على بطنه ويشق الجراح شقا طوله من ثلاثة قراريط الى اربعة ممتدا من الضلع الاخير الى العرف الحرقفي خارج الجانب الوحشي للعضلة الهضمية الشوكية وهذا الشق الاولي يكون في الجلد والنسيج الخلوي تحتها والصفاق الحمية والوترية المعريضة وفروع الشرايين القطنية حتى يوصل به الى السطح الخلفي للكلى واذا خرج الدم بكثرة ولم يمكن الربط سدا للجرح وانحرق الكلى الى اليوم الثاني وينبغي ان يوسع شق هذا العضو ويسهل اخراج الحصاة منه بالاصابع او بالحقنة ومن حيث ان البريتون في هذه العملية يبقى سليما من غير ان يחדش لا يخشى من انسكاب البول ولا يحصل من هذه العملية الا ناسورا قطنيا تقاوم اعراضه الا نهاية اذا اشتدت فالقطع الكلوي اذن ليس بعملية عسرة ولا خطيرة في حد ذاتها بل المانع منها كما في اغلب الامراض عسر تشخيص المرض

الرابعة حصاة الحالبين

خصاصة الحالبين تنحدر ذاتها من الكلبي واغراضها تختلج بحسب حجمها
وتخشو ثها وحسبها للبول وموانع جريان البول التي تنشأ عنها فان كانت
صغيرة ملسا لم تحصل منها اعراض مهمة وان كانت كبيرة ابطأت او اوقفت
جريان البول وقد تكون مركبة من رمل يتخذ البول من بينه فان كبرت جدا
وسنعت جريان البول اتسع الحالب من اعلى الممانع وزاد كل من الكلبي والحالب
عن حجمه الطبيعي وصار مثله مرتين او ثلاثا وان كانت خشنة غير مستوية
واندفعت بقوة في الحالب من البول المتراكم فوقها احدثت ألما شديدا يمتد من
المحل المشغول بها الى بقية المسالك البولية وربما من قوت غشاء الحالبين ونشأ
من ذلك نزيف او فتحت طريقا للبول في التسيج الخلوي المجاور لها ونشأ خراج
بولي او غير ذلك واذا كانت شاذة للطرف الثاني الحالب ادرك وجودها بالاصبع
اذا ادخل في المستقيم وفي العمدة كثيرا ما يعرف موضع الخصاصة من الام المتعاقب
الحاصل في طول الحالب المتوسط بين الكلبي والمثانة واحتباس البول الكامل
او غير الكامل يكون على حسب كون الخصاصة شاذة لا احد الحالبين او كليهما
وتشخيص هذه الخصاصة غالبا عبر خفي ولا تدار خطر والادوية غير كافية والقصد
العام والموضعي والابزن القاترة والمركبات الافيونية والمشروبات الادرارية
ينبغي اولا استعمالها لكنها غالبا لا تنفع الا لتسكين الاعراض وقد لا تكون لها
هذه الخواص والاعمال الجراحية لا تصح الا في انسداد هذه القناة بالجسم
الغريب فيرجع البول الى الكلية ويمددها ويخرب تركيبها ويحيطها الى كيس
محسوس خلف جدران البطن ففي ذلك تمكن عملية القطع الكلوي المتقدم وتنفع
الجراحة ايضا في اخراج الخصاصة التي وصلت الى الطرف الثاني الحالب

الخامسة جروح المثانة

جروح المثانة نادرة جدا لان هذا العضو محتف في الحوض ومضان بجدران
البطن واحشائه وخطرة جدا سيما اذا كان البريتون منفتحاً معها وشوهد ان
الالات الجارحة والرصاص وصلت بخوفها من فوق العانة ثم نفذت منها

ووقفت في المستقيم يدون ان يحصل من ذلك هلاك وفي نوادر الجراحة الخريصة
عوارض كثيرة كهذه والعلامات الدالة على آفة المشانة موضع الجرح واتجاهه
وخروج البول منه والدم او البول المدم من مجرى البول والتألم الشديد في المثانة
الممتدة في طول قناة مجرى البول الى الحشفة ومعالجة جروح المثانة تكون اولا
بمقاومة الاعراض ويمنع الارتشاح والاتسكاب للبول وباستئصال الاجسام
الخريصة ان كانت فالذي ينفع في المعالجة الاولى اى مقاومة الاعراض الالتهابية
القصد العام والموضعي والمكمدات والضمادات المليئة والابرن والحقن
والمشروبات المثلثة والحمية وغير ذلك والذي يتدارك به ارتشاح البول واتسكابه
هو وضع قاثا طير من صمغ لدن تستمر في مجرى البول وتبقى مفتوحة ولكن لا يتقع
ذلك الا اذا كان الجرح في بجزء من الجدار المقدم للمثانة فوق عتقها اما اذا كان
في جدارها الخلفي فيشك في كون القاثا طير يمنع منعاً كاملاً من نفوذ البول في
البريتون واذا كان جرح المثانة في محل اسفل عتقها فالقاثا طير غير نافعة
غالباً وان كان الجرح الظاهر صغيراً وجرح المثانة يخرج منه بول كثيراً ولم يمكن
استعمال القاثا طير فينبغي توسيع الجرح الظاهر ليسهل خروج السعال ومع ذلك
فان حصل الارتشاح البول في التسيج الخلوي وجب سر يعان تشترط تشريطا
تأثيراً لجميع الجهات التي يتجه اليها السعال ويرشح فيها حتى يخرج ذلك السعال
واذا بقي الجسم الغريب في المثانة وجب استخراج منه من الجرح ان امكن والا
انتظر التحام الجرح ثم يستخرج بقطع المثانة كما في الحصة المشانية ولا يعمل ذلك
قبل التحام الجرح لئلا يجتمع على المريض ضرر الجرحين

الساوستهتكت المشانة

هتكت المشانة يحصل غالباً من سقطة من محل مرتفع او ضربة عليها حال امتلائها
بالبول وهذه الافة اخطر جداً من الجروح المذكورة آنفاً ان بعد حصول الهتك
لا بد وان ينصب البول في البطن او في الحوض فيحصل منه عوارض مهلكة غالباً
ومعالجة ذلك تكون بتدارك الارتشاح بواسطة تشريط غائر عرضي يخرج به

البول المرتشم ويمنع تجدد هذا الارتشاح بوضع قانا طير مستمرة في الجرح ومقاومة
العوارض الانتهائية بما سبق

السابعة شلل المثانة

المثانة كبقية الاعضاء الداخلة تحت قهر الارادة تكون قابلة للشلل واكثر
اسباب هذا المرض الشيخوخة وقد يكون من تمدد المثانة عقب الاحتياج الى
البول بدون ان يستوفى وآفة المخ او السلسلة العنقارية اذا كانت شديدة او قعت
افعال الجزء السفلي من النخاع الشوكي في تسبب عنها ذلك واخيراً يتسبب ذلك
ايضاً عن الالتهاب المعدى المعوى اما نظر التهييج الحاصل منه في عنق المثانة
اول تشويشه وايقافه فعل العصب * ويدل على هذا المرض في الابتداء ثقل شاق
محموب بحس امتلاء وتشدد في الحوض ثم يزيد بسرعة تمدد المثانة فترتفع عن
العانة فيستكون فوق العانة شبه ورم فاذا ترك زاد التمدد الى نحو السرة وربما جاوزها
فاذا وصلت جدران المثانة الى نهاية تمددها قاض عنها السيل المعدل لها
فيندفع من ذاته ويتسلسل نقطة نقطة وهذا يسمى فيضاً قائم يتهيج الغشاء
المخاطي من المثانة وتظهر جميع علامات التهاب المثانة مع علامات امتصاص
البول ثانياً وعلامة ذلك ان تشم رائحة البول في العرق لامتصاص الإوعية له
وادخاله في الدورة) والمعالجة التي يستدعيها هذا الداء بسيطة وتشتمل اولا على ادخال
قانا طير في المثانة ليستفرغ ما فيها من البول المتجمع وثانياً على مقاومة الاسباب
البعيدة التي ينشأ عنها الشلل والقانا طير اما ان تبقى مستمرة او توضع بعد كل اربع
ساعات وهو الاحسن حتى ترجع المثانة الى وظيفتها الطبيعية والشلل اذا كان
سببه الشيخوخة فمعالجته تكون بالمشروبات المدرة للبول وبالدلك المهيج على
العانة والقطن كالدلك بالزيت مع روح النوشادر او بصيغة الذراريح او العرق
الكافورى وبالمقطات على السطح الخلفي للحوض او بالمقصى والذي ينشأ
من جروح المخ او النخاع الشوكي او عن الالتهاب المعدى المعوى يعالج كل
واحد منها بالاشياء التي تسببه والذي ينشأ عن تمدد المثانة عقب

علاماته

معالجة

المساجحة الى البول اذا لم يستوف يهايج باستفراغها فيزول عقبه سريعا

الثامنة دوالي المثانة

علاماتها

المثانة وتخصصها لكونه منبشا فيها اوعية كثيرة قد تتسع او ردتها فتتكون الى اورام دوالية تزيد في الحجم حتى يحصل منها انسداد عنق هذا العضو انسدادا كاملا وكثيرا ما يحصل ذلك في الشيوخ من تقببات متعاقبة ومن وفور دم يحصل في وقت حركة الجماع * وعلامة ذلك ان يخرج مع البول دم اسود من غير مصاحبة الموان ادخل القاثناطير في المثانة دخل بسهولة ولا يستشعر الا ببعض مقاومة خفيفة تحصل من الاوعية وكثيرا ما يصحب دخوله هتلك بعض اوردته ويعقبه سيلان بعض دم وهذا الداء عديم الشفاء غالبا وعلاجه وضع العلق على الشرج والحية المناسبة وبعض حقن منبهة برفق في المثانة

التاسعة بوليبيوس المثانة واورامها الفطرية وتقرحها

البوليبيوس والاورام الفطرية والتقرح في المثانة لا تظهر به علامات واضحة تؤكد وجودها الا بعد فتح هذا العضو واعراض هذه الافات كاعراض التهاب المثانة المزمن او كاعراض حصاة المثانة وهما ايضا يصاحبان غالبا الافات المذكورة اويديان ظهورها

العاشرة نوازل المثانة امي التهابها الطويل

الاعراض

المعالجة

تهيج المثانة الطويل يصدر غالبا من الافراط في المأكول المنبهة والمشروبات الروحية ويوجد في الشيوخ اكثر من الكهول وكثيرا ما يحصل من تضايق يكون في مجرى البول يمنع سيلانه كالحاصل من الداء الاقربجي فلا يخرج الا خيطا رقيقا او متقطعاعكرا الزجائخينا من تغيره في المثانة المهيج للغشاء الباطني واستمرار القاثناطير فيها يسهل دخول الهواء فيها وذلك يكون سببا لنوازل المثانية * واعراض هذا الداء الم في قعر الحوض تكثر شدته او تقل ويحس في البول الخارج مادة مخاطية خيطية مصفرة ذات شكل صديدي * ومقاومة

هذا الداء تكون اولا يتبعيدا الاسباب البعيدة والقريبة التي نشأ عنها ثم تستعمل
 الاشرية المرطبة اللعابية والقصد الموضعي المتكرر في الجان او البطن السفلي وعند
 ما تأخذ اعراض التهييج في التناقص تستعمل بنجاح الترميتينا او بلسم
 الكوپاي بكمية قليلة ثم تزداد تدريجيا وفي قرانساتستعمل الة تسمى بالقائناطير
 المزدوجة السبيل وهي قائناطير اعتيادية تجويفها يتقسم طولا الى تجويفين
 بواسطة تجويف وله مستودع كسطل الخلاق ذو حنقية يعلق وتحرر حنقيته على
 القائناطير ويكون فيه السيال الذي حرارته في درجة حرارة الجسم فتفرغ الحنقية
 في احد تجويفي القائناطير فيدخل فيه السيال ويملا المثانة ثم يخرج منها من تجويفه
 الثاني المتصل طرفه الخارج بانبوبة من صمغ لدن تفرغ السيال الخارج في امان
 تحت سرير المريض فبهذه الالة يدخل في المثانة كمية وافرة من السيال يغسلها في
 زمن قصير جدا وقد شوهد نفع عظيم من استعمال هذه الالة

الحادية عشر سلس البول

سلس البول هو حرمانه بغير ارادة وهو يكثر في الشيخ ويكون في النساء اكثر منه
 في الرجال لاتساع عنق المثانة فيهن وضعفه وربما كان سببه زيادة قبول المثانة
 للتهييج او تعدد او آفات عقب عملية الحصوة في الياف عنقها او شللها او وجود
 حصاة غير مستوية وصلت الى مبدع مجرى البول او هتك المثانة ومجرى البول
 او ضغط الرحم للمثانة حين تمدده من العلوق او ورم اخر كتورم في المستقيم
 او سرطان فيه وهذا الداء غالبا غير خطر لكنه متعب وعسر البرء ومعالجته
 تختلف بحسب اختلاف اسبابه فان كان حاصلا من زيادة قبول المثانة للتهييج
 عولج بالادوية اللعابية والمسكنة ساولا او حقنا او بالايزن الفاترة وبارسال العلق
 على الشرج او الجان وان كان حاصلا من ضعف عنق المثانة عولج بحسب
 الاسباب التي نشأ منها هذا الضعف فيكون بالادوية المقوية وبالمنبهات العامة
 والموضعية كالدلك والمنفطات والمقصي وان كان من شلل المثانة عولج بما ذكر
 في بابه وان كان من حصاة ولجت في عنق المثانة فلا يبرأ الا باستخراجها وان كان

من هتلك المشاة او مجرى البول فمعالجته تكون على الاخص بالقائطير التي من الصمغ اللدن وان كان حاصل من ضغط ورم يظهر بقرب المشاة عويج بازالة الداء الاصل الذي يكون سلس البول المذكور عرضا من اعراضه فان لم يمكن منع هذا الداء الاصل فليكتف بمنع سيلانه بواسطة الكبس على مجرى البول بقدر الحاجة باللات مخصوصة وهي حلقة من صمغ لدن تضغط على القضيب او حزام فيه انبوبة يدخل فيها القضيب او بان يتلقى البول في اناء من صمغ لدن او من فضة يثبت في انسي الجهة العليا من الفخذ وسلس البول قديد عيه اناس يرغبون في الاقالة من الخدمة العسكرية والذي يبين الحقيقي منه من الكاذب ان الحقيقي يكون طرف الحشفة فيه دائما مندى بالبول ليلا ونهارا والمشاة فارغة والكاذب بخلاف ذلك

الثانية عشر حصة بولية مشاة

ينبغي قبل الشروع في العمليات التي تستدعيها الحصة الواقعة في المشاة ان نتكلم عن الاحوال التشريحية لهذا العضو فنقول

الكلام على التشريح الجراحي للمشاة

موضع المشاة في الرجال الجهة المقدمة من قعر تجويف الحوض واما شكلها فجزؤها الاضيق الذي هو عنقها مستطيل ومتجه الى الامام واسفل وموضعها اسفل الجزء الخلفي للمشاة الذي هو قعرها وهذا القعر من الاسفل له سطح عريض بلامس المستقيم وجانباه يتصلان بالخاليين ويوجد على جانبيه من الامام بقرب العنق الحويصلات المنوية والقنوات الاتية بالمني والقنوات القاذفة له التي تنفتح في الغلصمة المشاة وهذه الحويصلات تتقارب من الامام وتتباعده من الخلف فيكون فيما بينهما مسافة كبيرة والقعر السفلي للمشاة تارة يرتفع وسطه من المستقيم فيمتد على جانبيه الى الخلف وتارة تضغط المشاة نفسها بالجهة المقدمة للمعالم المذكور فيغطي جانبيها وبقيتها اقسام المشاة ليس فيها اشياء تحتاج لان نتكلم عليها بالخصوص فانها تجويف مخروطي راسه مغطى بالبريتون الذي ينشئ من الامام على الجهة الخلفية للعضلات المستقيمة البطنية المسماة بالقصية

العانية ومن الخلف على المعالم المستقيم ومن الجوانب على الجدران الجانبية لتجويف الحوض والعملية القاطرية تستدعي تأملهما جدا وهوان المستقيم متى كان متحدا من المواد البرازية رفغ المشاة دائما سيما اذا كانت فارغة وانحنى الجزء الذى فوق العانة من مجرى البول فان كانت المشاة ممتلئة والمستقيم فارغا نزلت المشاة الى الاسفل وذهبت الى الخلف وقرب مجرى البول الى الاستقامة * والمشاة من حيث وضعها لا يتوصل اليها الا من ثلاث جهات الاولى من فوق العانة والثانية من الجحان والثالثة من الشرج والمستقيم فاذا كانت المشاة فارغة ومنقبضة على نفسها اختفت خلف الارتفاق العاني وحيث فلا تنبغى العملية من تلك الجهة فاذا امتلئت وتمددت جهتها المقدمة ارتفعت خلف العضلات القصية العانية وابتعدت البريتون المغطى لها وحصل بروز في اعلى الارتفاق العاني يختلف مقدار من ثلاث قممات الى ست * والابزاء التى تصون المشاة من الامام هي جلدة البطن ونسيج خلوى قد يكون صفيقا شحميا واليا فى الاوتار العريضة المتشبكة المكونة للخط الابيض ومن الجوانب لعضلات القصية العانية والعضلات الاهرامية المحيطة بالعانية تحت السرة فهذه الابزاء لا بد من قطعها حتى يتوصل للمشاة * والجحان يحده من الامام القوس العاني ومن الخلف خط يمتد بين الخدين الوركيتين ويمر على الشرج ومن الجوانب الشعب النازلة للعانة والشعب الصاعدة للورلة فعلى هذا صار شكل القسم الجحاني مثلثا راسه الى الامام وقاعدته تقرب من الشرج وينقسم هذا المثلث الى قسمين جانبيين متساويين بحط متوسط بينهما يسمى العضرط وشكل كل من القسمين كمثلث صغير وعنق المشاة موضوع من الخلف يقرب المستقيم وهو قابل للارتفاع والانخفاض بحسب امتلاء المستقيم والمشاة او فراغهما * ويوجد على الجحان من الامام الصفن ومن الخلف الجلد الشاغل للمسافة الكائنة فيما بين الصفن والشرج وتحت الجلد نسيج خلوى نحى واخر فاذا ازيل هذا انكشف من الخلف الى الامام الالياف الحلقية لعضلة العاصرة الظاهرة وبجمع العضلتين المستعرضتين للجحان المسميتان

ما يجاور المشاة

ما يجاورها من جهة البطن

ما يجاورها من جهة الجحان

الابزاء الموجودة على الجحان

بالعضلات الوركية الجمانية والعضلتين البصليتين المجوفتين المسماة كل منهما بالعضلة المجرية وبصلة مجرى البول واخيرا الجزء الاسفني لهذا المجرى واغور من ذلك فيما بين العضلة والشرح يوجد الجزء الغشائي لمجرى البول والبروستاتا وعنق المثانة ومن الخلف يمتد الطرف السفلي للمستقيم الذي لم يتصل عن هذه الاجزاء الا باوردة وشرابين صغيرة وامام البصلة واعلى مجرى البول توجد الاجسام المجوفة والرباط المثلث للقوس العاني ورباط البروستاتا واخيرا يوجد في الحوض الجهة السفلى من الوجه المقدم للمثانة * ويوجد تحت الجلد الكائن على جوانب العجان مسافة خلوية تمتد بانحراف من الامام الى الخلف ومن الانسبة الى الوحشية من البصلة المجرية الى المسافة التي بين الشرج والحديبة الوركية وفي هذه المسافة يتعرج الشريان السطحي للعجان ويتقاطع من الامام على زاوية قائمة مع الشريان المستقرض وشریان البصلة ويوجد وحشى هذه المسافة العضلة الوركية المجوفة المسماة بالوركية تحت الاحليل واصل الجسم المجوف والشعبة الوركية التي تصون الشريان الاستحيائي الباطن وفيما بين هذه الاجزاء والاجزاء التي تحاذى العجان تضيق تلك المسافة الخلوية حتى تكون شبه قناة نفذ صاعدة الى عنق المثانة وإلى العضلة الرافعة للشرح المسماة بالعضلة تحت العانة القصية وتجري فيها اوعية وتحاذى من الخلف ضفيرة وريدية قد تكون عظيمة جدا والذي يفصل بين الحديبتين الوركيتين مسافة نحو قيراط ونصف وسكن العجان يختلف بحسب سمن الشخص فيكون من قيراط وبعض قمحات الى ثلاثة قيراط ونصف * وقعر المثانة المنخفض يحاذى المستقيم بمسافة نحو ثلاثة قيراط وهذه المسافة تفصل الثنية الخلقية للبريتون عن الجانب الخلفي للبروستاتا ولا يوجد في طول هذه المسافة اوعية ولا اعصاب كبيرة وهى عريضة من الاعلى والخلف اكثر من الاسفل والامام واقل حجما في الاشخاص الذين مشاتهم صغيرة وتصغر هذه المسافة ايضا وقت الحركات العنيفة للحجاب الحاجز * والمثانة في النساء موضوعة امام الرحم وقعرها المنخفض ملتصق بالمهبل ومن تكثر عليه وعنتها ليس محاطا بالبروستاتا واخيرا يوجد على جوانب مجرى البول وامامه

الاجزاء الموجودة:
جانبى العجان

مجاورتها للمستقيم

موضع المثانة في:

كيفية تكون الحصاة

وتحت القوس مسافة ممتلئة بنسيج خاوي وفروع وريدية ويمكن النفوذ من هذه المسافة الى الجهة السفلي من السطح المقدم للمثانة * والحصاة البولية تارة تتكون من ذاتها وتارة من تجمع عناصر بولية قابلة للتبلور تحيط بجسم غريب تغد في المثانة وهذه الحصاة المثانية غالباً تأتي من الكلي وتصل للمثانة من الحالبين ويختلف شكلها فمنها ما يكون مستطيلاً او يضيأ ومنها ما يكون مستديراً او مثلثاً ومنها ما يكون مزدوجاً ملتصقاً ومنها ما يكون مفرداً طحاً وتارة تكون مستوية وتارة غير مستوية وسطحها تارة يكون أملس براقاً وتارة خشناً محبباً وحينئذ فتسمى قوتية لمسايتها للتوت وشوهدات متشبه القنفذ وتختلف في حجمها فتكون من اصغر قنفذة الى ما يملأ سعة المثانة وهذا النوع الكبير الحجم يكون غالباً على جوانبه ميازيب محفورة من البول يجري فيها من طرف الحالبين لقم الجري وتختلف ايضا في العدد من واحد الى ثلاثين كما شوهد ذلك في بعض الاوقات وتختلف في الصلابة ايضا فمنها ما يكون صلباً جداً ومنها ما يكون ليناً سهل التفقت وتختلف في اللون ايضا والاغلب ان تكون بيضاء مائلة للصفرة وقد تكون سحابة وسمر او حمر او سودا وغير ذلك وتختلف في التركيب مع ان الحمض البولي وأوكصلات الجيرو وفوسفات روح النوشادر وفوسفات الجيرو وفوسفات المغنيسيا يكون اسما لها ويوجد في الحصاة مادة حيوانية طبيعية مخاطية * واعلم انه كلما قدمت الحصاة وكبر حجمها وكان سطحها غير مستو كانت الاعراض التي تسبب عنها اعظم بخطر افيستشعر المريض بشغل دائم في المثانة واشتياق متوال للبول واكلان شديد في الجري خصوصاً في طرف الحشفة وهذه اخف الاعراض التي تحصل عنها ويكون البول مؤلماً في اخره والمريض حينئذ يشد القضيب ويمدده وقد ينقطع البول دفعة واحدة ثم يرجع ثانية واذا غير المريض وضعه سال منه مع البول مادة مخاطية تميل للبياض او خيطية قد يختلط بهارمل والرياضة العنيفة تزيد في الالم وكثيراً ما تسبب خروج بعض دم * واذا دام تهيج جدران المثانة من وجود حصاة فيها التهابت وتقلصت على الجسم العريب وغشاؤها المخاطي ينتهي بالعلظ

عراض تسبب عنها

سبرات في المثانة
سبب عن الحصاة

التشخيص

ويصير فطريا وينشأ في سطحه تولدات تدخل فيما بين النخعات الحصة فيعسر بذلك اثراجها القوة الاستمساك الحاصل فيها ولذا كان المعلمون يسمون ذلك بالتصاق الحصة والالم ينتهي بانه يكون دائما وغير مطلق والمريض لا يجد له راحة والحمى تدوم ويعقب ذلك الهزال وتنتهي حالة المريض بالهلاكة والغشاء المحاطي للمثانة قد ينفذ فيما بين الياف الطبقة اللحمية ويتكون من ذلك تجاويف متفرقة فاذا وجدت حصة في هذه التجاويف ربما مكنت زمن اطويلا بدون ان تتحرك وبدون ان ينشأ عنها اعراض خطيرة او يعرف وجودها وهذه هي التي سماها المعلمون بالحصة الكيسية * وبعد النظر الجيد في الاعراض المذكورة يمكن ان يحكم بان الحصة منحصرة في المثانة لكنه ربما حصل الاشتباه في ذلك فلذا كان وضع القاثا طير فيها هو الذي يعرف به وجودها يقينا فينبغي الالتجاء اليه دائما وهذه رصية لا ينبغي السهو عنها في اى حال كان ولا تعمل العملية الا بعد ان تجس الحصة بالقاثا طير حتى وقت الشروع في العملية والاستقصا عن الحصة في المثانة يستدعي اتبائها عظيم وقوة في حس اللمس وممارسة واعتياد اذا ندد على هذه العملية والقاثا طير يكون في الغالب انبوية من فضة فيها سنج في اسفله رأس ينطبق على عيون الالة فيسدها ويمنع دخول البول فيها اذا اريد ذلك وهذه الالة ينبغي ان يكون فيها بعض تقوس قليل من طرفها السفلى لان المقوسة جدا يعسر اهداؤها ويرتكز منقارها بقوة على الجدار العلوى لمجرى البول فلا يدخل في عنق المثانة والابعاد الثلاثة للقاثا طير لا ينبغي ان تكون في جميعها على حد سواء فان التي تستعمل في الاولاد يكون طولها من خمسة قراريط الى ستة والتي في الشبان من عشرة الى اثني عشر وقطر الاولى من جزء من قيراط الى جزء ونصف وقطر الثانية جزآن وثلاث والقاثا طير الغليظة عموما اسهل في الدخول ان لم يكن في مجرى البول مانع لكون اطرافها لا تعثر في ثنيات المجرى حين الدخول لكن ينبغي ان يكون غلظها على حسب سعة المجرى والقاثا طير لها جسم وطرفان فالطرف الذي يدخل في المثانة يسمى بالمنقار وينبغي فيه ان يكون املس مستديرا لا يؤذي المجرى وفوقه بقليل ثقبان

يضيان احدهما يبعد عن المنقار بجزئين من قيراط والاخر ستة اجزاء وطول
 صكل من الثقبين جزآن من قيراط وعرضه جزء واحد ويسميان بالاعيين
 وتقع بهما الخراج البول والطرف الثاني يسمى الصيوان وهو الذي يمسكه الجراح
 لكونه يشبه الصيوان بسبب انقراشه وعلى جانبي هذا الصيوان حلقتان
 يتعان لحفظ الالة بين الاصابع ولتشبيتها اذا اريد استمرارها في المثانة ومن
 القاثا طير نوع مستقيم وابعاده تكون على ما ذكر في المقوسمة لان المستحدث من
 الجراحين يمكنه ادخال هذا النوع بسهولة مثل الاولى ومن انواع القاثا طير
 ما يسمى بالقاثا طير السلسلة وهي التي تكون من الصمغ اللدن وهي مكونة من
 نسيج شبكي من خيط او حرير يشغل على قالب من حديد كالليل قطره يكون
 على حسب ما يراد من اقطار القاثا طير وهي لا تنفع في الاستقصاء عن الحصاة
 ولا في اول مرة لانها ليس لها قوة على توسيع المجرى كالقاثا طير المعدنية وهي
 جيدة فيما اذا اريد استمرار القاثا طير في المثانة لئلا يندفع وتصلبها وعند
 استعمالها يدخل في جوفها سنج او سلك من حديد لتصلب به * وينبغي
 لادخال القاثا طير ان يدهن بدهن اوزيد اوزيت وكذلك سهمه وسخن في اليد بان
 يدلك فيها التزول منه درجة برودته النازلة عن درجة حرارة مجرى البول وقد يكون
 نجاح العملية صادرا من ذلك لثلاثكمش العضلات من برودته وان يكون
 المريض واقفا وساقا متباعدان عن بعضهما ومثنيان قليلا وظهره مرتكز
 على سطح صلب او مستلقيا على ظهره على الجانب الايسر من سريره والجدران
 المقدمة من الجذع مسترخية ويمسك الجراح القضيب من الجانبين بالابهام
 والسبابة من اليد اليسرى من تحت الحشفة من غير ان يضغط بهما على مجرى
 البول وثقب الحشفة يكون متكشفا ثم يتناول باليد اليمنى القاثا طير ويضع الابهام
 والسبابة على جانبي صيوانها ويدخلها في مجرى البول جاءلا يده اليمنى منقلبة
 على ظهرها قليلا وبعد القضيب باليد اليسرى على القاثا طير ما تلاها نحو البطن
 بحيث ان القضيب والالة يخطان قوسى دائرة يتقدا احدهما في الثاني نفوذا
 متقابلا وعند ما يصل طرف القاثا طير الى تحت قوس العانة يقيها قيساما

كيفية ادخال القاثا طير

عاموديا على سمت الجسم من غير ان يضغط به وفي ذلك الوقت يدفع الالة حتى
تنزلق تحت قوس العانة وتنفذ في المثانة وطول مجرى البول لا يزيد على ثمانية
قراريط وتسعة * ويعلم دخول القاثناطير في المثانة براول المقاسومة التي كانت
موجودة اولاً وبسهولة تحريك الالة فيها واخيراً بخروج البول * ومخرجوا
الحصاة كانوا يفتخرون بالسرعة اكثر من اتقان العملية وصحتها وكانوا يدخلون
القاثناطير بحيث يكون تقعرها مماسياً للأسفل وعندما تصل الى اسفل العانة
يدبرونها بسرعة نصف دورة فترجع الى وضعها الاعتيادي نافذة في المثانة
وهذه الحركة المسماة بدفة المعلم تركت الان بالكلية من الجراحين المستجدين لكنه
قد يضطرها عندما تكون البطن السفلى مرتفعة جداً * ولادخال القاثناطير
المستقيمة كيفية جديدة اخترعها جراح فرنساوي يسمى اموتساوسبب ذلك
ان قناة مجرى البول تقرب للاستقامة عند تمدد القضيب فيحتاج الى استعمال
القاثناطير المستقيمة فيمسك القضيب بالابهام والسبابة من اليد اليسرى بحيث
يكون قائماً على سمت الجسم قياساً مستقيماً والقاثناطير تكون ممسوكه باليد اليمنى
كقلم الكتابة وتنفذ بها في قناة المجرى الى ان تصل الى تحت القوس العاني فينكس
صوانها قليلاً حتى يجاوز منفارها عنق المثانة وهذه الكيفية سهلة واستعملت
بنجاح عظيم عند عدم امكان استعمال القاثناطير المقوس ~~لكنها~~ لا تنفع في
الاستقصاء عن الحصاة في المثانة اذا شك في وجودها لانه ليس لها سطح كاف
للمامسة الحصاة كالمقوسة * وادخال القاثناطير في النساء اسهل من ادخاله
في الرجال والقاثناطير المستعملة فيهن تكون مستقيمة وفيها بعض تقويس قليل
من جهة منقارها وطولها من خمسة قراريط الى ستة والمرأة عند ذلك تكون
مستقيمة على ظهرها ونفخاها متباعداً ومثنيان على الخوض قليلاً والجراح
يعد بالابهام والسبابة من اليد اليسرى الشفريين الكبيرين والصغيرين ليظهر
الصماخ البولي فانه قد يذهب للداخل من عمق المثانة من البول ويمسك القاثناطير
بهذين الاصبعين من اليد اليمنى ثم يدخل منقارها بعددها في صماخ مجرى
البول دافعاً لها حتى تنفذ في المثانة وينبغي للجراح ان يمارس هذه العملية

علامة دخول القاثناطير
في المثانة
دفة المعلم

كيفية ادخال القاثناطير
المستقيمة

كيفية ادخال القاثناطير
في النساء

مرات كثيرة حتى يمكنه فعلها بدون مشاهدة هذه الاجزاء وينبغي لاجل استقصاء
حالة المثانة في النساء ان تكون ممتلئة بالبول ويحرك صيوان الالة الى اعلى واسفل
والجوانب حركة وخوية بحيث يلامس منقار الالة جميع اجزاء سطح تجويف المثانة
فان لم تحصل من ذلك فائدة اخرج البول واعيدت تلك الحركات زمن خروجها ايضا
وحينئذ فيندران لا يحس بالحصة الا اذا كانت متكيسة ومغطاة كلها بالغشاء
المثاني واذا قرع منقار الالة الحصة احس بصلاية واحتكاك بجسمين صليين
وبخشاشة ربما سمعها الحاضرون لكن ينبغي زيادة التوعى والا تنباه في ذلك
لئلا يشتبه ذلك بقرع سنج الالة بلدراتها او قرع الالة لنحو خاتم في يد الجراح
او بقرع جزء عظمى او تيبس في الغشاء المخاطي للمثانة ولا يعجزم الجراح بالعملية
قبل العلم بوجود الحصة في المثانة مرات عديدة سيما قبل العملية بقليل فقد
عمل بعض الجراحين عملية الحصة فلم يجدوها في المثانة لكونه لم يفعل ذلك
* واذا احس بالحصة في جميع جهات المثانة كان ذلك علامة ظنية على انها
كبيرة الحجم فان كانت مماسة الالة لها يسيرة بحيث تذهب عنها سر يعاقر بما
كانت صغيرة واذا حصل من ملاستها صوت ارن وهنالك مقاومة شديدة
دل على صلابتها واذا سهل انزلاق القاطن طير عليها كان سطحها الملس والا كان
خشنا ولاجل زيادة تحقق حجم الحصة وحالة المثانة ينبغي ان يضع الجراح
والمرضى مستلق على ظهره اصبعه او اصبعين في المستقيم ويضغط في هذه الحالة
على البطن السفلى الى اسفل باليد الاخرى حتى يلامس الحصة او يمسكها وهذه
الكيفية يعرف بها اتساع المستقيم او المهبيل وكيفية مجاورتهما للمثانة وحالة
استرخاء هذه الاعضاء وانتباهها فان معرف ذلك لها مزية عظيمة في العملية

علامات تدل على
صفة الحصة

الكلام على معالجة الحصة المثانية

معالجة الحصة المثانية اما بالتفتيت واما بالاستخراج اما التفتيت فكانت القدماء
تزعم وجود ادوية اذا وصلت للمثانة او الكلى كان من خواصها ان تفتت الحصة
منهما وسموها مقته الحصى واذا اردنا تعداد هذه الجواهر التي زعمها هؤلاء المغترون

كيفية تفتيت الحصاة
في المثانة

طال علينا الشرح بدون فائدة فانه لم يعرف ان شيا يستعمل من القنساء الهضمية
وقت حصاة واحدة وزعموا ايضا ان هنالك سائلات تكفي لتحليل الحصاة وتفتيتها
اذا حقنت بها المثانة ونحن نقول ان هذه السائلات ان كانت ضعيفة فلا تؤثر شيئا
وان كانت قوية جدا بحيث تقوى على تحليل الحصاة اثرت اولافى المثانة فتلهبها
وتلاشيها فلذا اثر ذلك كله * وبعض جراحي القرن سابعة اخترع من مدة ثمان سنين
التي بها يفتت حصاة المثانة حتى تصير مسحوقا يخرج مع البول ويكتفى بهذه
الواسطة عن عملية القطع وقد كانوا قنعوا في هذه الالة بغطائهم لتحصل هذه الغاية
كيفية كثيرة لا ينبغي توضيح جميعها لئلا يطول الكلام علينا بل تقتصر على
توضيح كيفية المعلم شيئا وبإل لكونها الاتقن والابجود فنقول ينبغي قبل العملية
زيادة على المعالجات الاولى التي تستدعيها جميع العمليات ان توسع اولاف قنساء
المجرى البول بقدر الحاجة بواسطة استعمال محسات مصممة اى قاناتا طير
من صمغ لدن لا جوف لها مدة ايام تمكث كل يوم في المجرى نحو عشرة دقائق مع كونه
يراد في حجمها تدريجا حتى يكون دخول القاناتا طير التي قطرها ثلاثة خطوط
في المجرى سهلا وبدون ألم حينئذ يمكن دخول الالة المفتة للحصاة ثم يوضع المريض
بعد ان يتحقق وجود الحصاة تحققا جيدا بذا وضعا فبقيا على جانب سريره ويكون
حوضه من تفعا اكثر من صدره ويرفع راسه بوسادة ثم تحقن المثانة بماء فاتر حتى
تتمدد وتمتلئ بان تدخل ماسورة الحقنة في الثقب الذي عند صبيوان القاناتا طير التي
استقصى بها وكية السعال المحتقن به تعرف من استشعار المريض بالنبول
ثم يخرج القاناتا طير وتدخل الالة المفتة وغلظ هذه الالة وقوتها يكونان
على حسب سن المريض وصلابة الحصاة ومثانتها وهي من كبتمن ثلاث قطع
رئيسية وقطع غير رئيسية فاولها انبوبة طاسرة من فضة طولها اثني عشر قيراطا
وقطرها من سدس قيراط الى ثلث بحسب الحاجة مفتوحة من طرفيها وثنانها
انبوبة اخرى باطنة من فولاذ تدخل في الاولى وتكون اطول منها باربعة قيراط
واحد طرفيها منقسم الى ثلاث شعب ^{تسمى} بحدود بمنزلة جفت وطرفيها الثاني مدرج
بدرجات يعلم منها مقدار تباعد الشعب عن بعضها وهذه الانبوبة تنزل في باطن

كيفية العملية
الزمن الاول

الاولى ويتمكن من تثبيتها فيها وعدم تحريكها بواسطة برمة كابسة نافذة في الاولى
وثالثها ساق من فولاذ اطول من الانبوبة الثانية بثلاثة قرار يطيد خل فيها واحد
طرفيه المثاني ينتهي بزر محرز كالمبرد والطرف الثاني مدرج يوضع فيه بكرة لتقبل
وتر القوس ورابعة قوس او يد تخدم لبرم هذا الساق في باطن الانبوبة الخفية
وهذه الالة المقنة اذا انطبقت صارت كقشاطر غليظة مستقيمة * وكيفية
استعمالها ان يدخل الجراح اولا الالة مطبوقة في المثانة بان يقف بين ساقى
المريض او على جانبه الايمن منكسا القضيب حتى يكون موازيا للفخذين اللذين
يكونان مثنيين قليلا ويمسك الالة بيده اليمنى ويدخلها فاذا وصلت تحت العانة
نكس القضيب ووجه منقار الالة الى اعلى قليلا فينفذ في المثانة بسهولة فاذا نفذ
في باطنها وجهه اولا نحو قعرها الذى تكون فيه الحصاة غالباً فان لم يجد لها
هناك استعصى عليها في جميع جهات المثانة على التعاقب فاذا احس بلامسة
منقار الالة لها جذب اليه الانبوبة الظاهرة فتتبعها عند شعب الانبوبة بالخفية
عن بعضها فتندفع الشعب نحو الحصاة فتقبض عليها بسهولة فاذا غلب
على ظنه انه مسك الحصاة ثبت الانبوبة الخفية باحدى اليدين وازلق بالثانية
الانبوية الظاهرة على الشعب باحتراس فتقرب الى الحصاة وتحفظها ثم ثبت
الانبويتين تثبिता قويا بعصر البرمة الضاغطة لهما بحيث لا يمكن تحريكهما *
وبعد ان تمسك الحصاة بين الشعب مسكا قويا يضع وتر القوس على البكرة ويضع
يد الالة ويبرم بها الساق الشاقب مبتدئا البرم ببطئ ولا يستمره زيادة على عشر
دقائق ثم تترك الحصاة وتخرج الالة ويعاد ذلك ثانيا في مجلس اخر وهكذا واعداد
المجالس تكون على حسب حجم الحصاة ومنانتها وحالة المريض واخراج الالة يكون
اولا بفلك البرمة ورفع الانبوية الخفية وتبعيد شعبها عن الحصاة التي تدفع بواسطة
الساق الشاقب وثانيا يادخال الانبوية الخفية في الانبوية الاولى ثم تخرج الالة
كلها من المثانة وفي كل مجلس من المجالس التالية يستقصى عن الحصاة قبل
الشروع في التفتيت بواسطة الساق الشاقب ولاجل ذلك ينبغي ادارته في المثانة
* وبعد انتهاء التفتيت واخراج الالة يبول المريض وحينئذ فيشاهد خروج

الزمن الثاني

الزمن الثالث

المسحوق وبعض فتات صغير من الحصاة مع البول فاذا ظن عدم فراغ المثانة من ذلك الفتات حققت مرات عديدة وهذه الوسيلة كافية متى كان انسحاق الحجر كاملاً بحيث يمكن خروج الفتات الصغير بسهولة ومع ذلك فينبغي ان يستقصى من بعد بعض ايام عن حالة المثانة ليتأكد هل هنالك فتات كبيرة لا يمكن خروجه من المجري اولا فاذا وجد ذلك برده بالالة ولو في مرات كثيرة كما فعل اولا وبعد استئصال جميع فتات الحصى ينبغي تدليك التهاب الاعضاء البولية قبل حصوله فيوم للمريض بالراحة والتدبير اللطيف في الماكل والمشارب والاستحمامات ويمكن عموماً ان يكون الشروع في العملية ثانياً في اليوم الرابع او الخامس وقد حصل من هذه العملية نجاح كثير فهي اقل خطراً من عملية قطع المثانة واقل الممانها وجميع المرضى يمكن ان تلازم اشغالها في فترات المجالس لكن لا تعمل هذه العملية في جميع الاحوال ولا لجميع الاشخاص فلا يتجاسر على فعلها الا اولاد الذين سنهم اقل من ثنتي عشرة سنة ولا في الاشخاص الذين فيهم الحصاة كبيرة جدا ولا المصابين بالالتهاب المثاني المزمن او باختلاج مجرى البول او عنق المثانة وينبغي لاجل ان تكون العملية ناجحة لا خطر فيها كون الجراح ممارساً لها كثيراً وكون آلتها متقنة الصناعة وجميع هذه العوائق والتعسرات احوجت الجراحين الى تقديم عملية قطع المثانة عليها) واما الاستخراج فهو الطريقة المأمونة المستعملة في زمننا هذا للشفاء من الحصاة البولية ويظهر من كلام المورخين انها كانت معروفة عند قدماء المصريين وكان ايسوقراط يعرفها لانه كان يمنع تلامذته من فعلها في العهد الذي كان يأخذهم عليهم ولا توجد عملية من عمليات الجراحة صرف الجراحون تأملهم فيها وما رسوها كثيراً مثل هذه العملية فلذا كان لاستعمالها قواعد وكيفيات كثيرة * والشروط الاتية يهتدى بها الى اختيار قواعد وكيفيات القطع المثاني الاول منها ان يكون الوصول للمثانة من الطريق الاقرب والاعدل والاقل اوعيد والثاني ان تكون الفتحة على حسب حجم الحصاة كبيرة كانت او صغيرة بحيث يسهل استخراجها منها بدون رض وتمزيق في الاجزاء التي حصل فيها الشق الثالث ان يكون الجرح على

معالجة الحصاة
بالاستخراج

شروط عمليات الاستخراج

هيئة بحيث يكون بعد خروج الحصاة بحالة لا يخشى منه فيها التهاب خطر ولا ارتشاح بول ولا نزيف غزير بل يكون سريع الالتحام فترجع الوظائف للأعضاء التي جرحت بسهولة وقواعد العمليات ثمان

الأولى القاعدة المسماة باسم شيلسو الذي هو أول من شرحها وهي قديمة جدا فانها اخترعت في القرن التاسع من الهجرة وكانت بسيطة ولا تعمل الا في سن اثني عشر سنة او خمسة عشر فكان المريض يضطجع على ركبتي رجل قوي والجان منه بارز والرجلان منضمان على اليدين انضماما قويا ومتباعدان عن بعضهما والجراح يدخل السبابة والوسطى من اليد اليسرى في المستقيم ويجذب الحصاة الى تجويفهما ويدفعها بقوة الى الامام نحو الجانب الايسر من الجبان ثم يشق الجلد باليد اليمنى شقا هلاليا يكون تقعره جهة الفخذ الايسر ويبتدى بالشق منه ثم ينفذ الحصاة ويستأصلها بملعة صغيرة

الثانية قاعدة الجهاز الكبير وسمى بذلك لكثرة الالات التي تلزم للعملية فيه وهذه القاعدة اخترعت سنة خمس وعشرين وخمسمائة والف عيسوية الموافقة لسنة احدى واربعين وتسعمائة هجرية من معلم يسمى بجوفى الرومانى وهي ان يشق الجراح في الجبان شقا ممتدا على الجانب الايسر للعضر طمن اسفل الصفن الى قرب الشرج باصبع وبعد فتح مجرى البول يمدده ويمزق الجزء الغشائى لهذا المجرى ويفتح عنق المثانة والبروستة لينفتح طريق لدخول الحفت واخراج الحصاة

الثالثة القاعدة المسماة بالجهاز المجنب وهذه اخترعها قسيس يسمى افراچا كور وبالفرنساوية افريرجا كواى الراهب يعقوب وهي شق عنق المثانة والشق الظاهر يبتدىء به الجراح من العضر طامام الشرج بغير اطمئنه الى الخلف والوحشية فيما بين الشرج والحديبة الوركية والشق الثانى الغائر يكون على هذا الاتجاه فيبتدىء به من قرب مجرى البول ممتداه على الجهة الجنبية لعنق المثانة والبروستة وهذه القاعدة بعد اختراعها حصل فيها تنوعات كثيرة وكيفيات تراكبها فلا تذكر منها هنا الا الكيفيات الاسهل من غيرها في الاستعمال فينبغى قبل ان تعمل عمليّة القطع المثانى ان يبحث في جميع احوال المريض فان

هيئة وضع المريض
والمساعدين

الجهاز

كان معه علامات ظاهرة تدل على التهاب معوى أو بريتوني ولو من مناسخرت
العملية حتى يشقى بمعالجة مناسبة وبصير الى حالة استرخاء عام ويتقص استعداد
الاحشاء للتهدئة والالتهاب وينبغي في اليوم السابق على العملية ان يحقن المريض
وقبل العملية بنصف ساعة او بساعة يحقن ثانيا * ثم يوضع مستلقيا على
طاولة عليها طراحت وملاآت ومخدرات ويقرب الى جهة الامام بحيث تجاوز
الحديدات الدورية منه حد القراش ولو بقيراط ويمسك كل عقب من عقبه باليد التي
من جهته وتربط برباط من صوف طوله نحو ثلاثة اذرع ونصف وعرضه قيراطان
يثنى طاقين ليتكون في نصفه زرقة تدخل فيها قبضة يد المريض ويثبت الكف
من تلك اليد على الجهة الوحشية من قدمه ويلف عليها بذلك الرباط ويقف
تتساعدان على جانبيه يضع كل منهما احدى يديه على ظهر القدم والثانية على
الجهة الانسية من الركبة ليثبتان المريض بذلك تثبيتا قويا فيكون وضع المريض
حينئذ قريب الى الافقية ولا يحتاج الى وسادة تحت رأسه وكتفيه ويقف مساعد
خلف المريض يمنع حركات الجزء الاعلى من وسطه ومساعد اخر على يساره يثبت
بيده اليمنى صفحة القاناطير ويرفع باليسرى الصفن ومساعد اخر يناول الآلات
للجراح ويلتزم منه ما تم غرضه منها * والجهاز قاناطير قنوي قناته عريضة
وملسا جدا ومشرط ذو زروا خيطة مشبعة وماء واواني ودبابيس وحفنة تنتهي
ماسورتها برشاشة ومجهز ايضا الريزج والمشرط المنحني لافرا كوزمو ان كان
محتاج اليه والجفون المختلفة الحجم والشكل كالمستقيم والمنحني لتخرج بها
الحصاة وكذلك المعلقة فهذه هي الاشياء التي ينبغي تجهيزها قبل العملية
اما القاناطير فهو قضيب من حديد يشبه المجس في التقوس وفي محديه قنلة
مثلثة مبدؤها من تحديه وتنتهي في اخره بجعر صغير وله صيوان مبسط يخدم
بمنزلة بدله واما الريزج فهو قضيب من حديد محفور الوسط يشبه الميزاب عرضه
من جهة اليسار اكثر منه من جهة اليمين واليد منه مبسطة منحنية على زاوية
منفرجة وطرفه يشبه اللسان ينفع لتوصيل هذه الالة الى باطن المثانة داخل في
قناة القاناطير واما المشرط المنحني لافرا كوزمو فسيأتي توضيحه واما الجفون

كيفية العملية

الزمن الاول

الزمن الثاني

اما ان يستعمل فيه
القاطعة المثانية

فيكون باطن اطرافها مجوفة فاقب فيه خشونة لثلاث تزلق الحصة منها عند مسكها
وتتباع هذه الاطراف عند انطباقها لثلاث تمسك الغشاء المخاطي الثاني
واما المعلقة فتستخدم ايضا بمنزلة موصل وهي مركبة من ساق من حديد ينتهي احد
طرفيه بزروا والاخر بمعلقة ويعلو هذا الساق صنم يمتد في جميع طوله ينفع لتوصيل
الجفت في المثانة داخل في المسافة الكائنة بين كلا بي الجفت * والكيفية
التي تستعمل لاتمام عملية القطع الثاني بالقاعدة المجنبية تكون في زمانين الزمن
الاول تشق فيه الاجزاء الرخوة الظاهرة ويفتح مجرى البول والزمن الثاني يشق
فيه اخر الجزء الغشائي لهذا المجرى وعنق المثانة والبروستة والزمن الاول
لا يختلف في جميع الكيفيات بل هو واحد في جميعها واما الزمن الثاني فهو الذي
اشغل في القرون الاخيرة اذهان الجراحين المخترعين * ففي الزمن الاول بعد وضع
المريض والمساعدين كما ذكرنا وتحقق وجود الحصة يقف الجراح امام عجان
المريض ويدخل القناطير في المثانة ويميل صفيحته نحو الارية اليمنى مع اعتداله
اعتدالا قائما على سمت الجسم ويمسك بالمساعد بدون ان يتغير عن هذا الوضع
ثم يرفع المساعد الصفن والجراح يمد جلد العجان بالاصابع الثلاثة الاولى من
يده اليسرى ويميل راحة اليد الى اعلى ثم يمسك المشريط باليد اليمنى مكتمل الكتابة
ويشق الجلد شفا ممثدا من امام الشرج بقيراط الى المسافة التي فيما بين الشرج
والخدبة الوركية اليسرى ثم يشق النسيج الخلوي شقا على اتجاه الاول ويدخل
سبابة يده اليسرى في زاوية الجرح العليا بحيث يكون جانبها المرفق مائلا الى اعلى
ويضع ظفرها في قناة القناطير ويمسك بذلك من خلف جدران مجرى البول
يسهولة ثم يهدي سن المشريط على الظفر حتى يصل للقناة فينزل به الى اسفل نحو
ثلاث قممات او اربع حتى يشق بذلك الجزء الغشائي لمجرى البول والى ههنا انتهى
الزمن الاول من العملية غير ان السبابة تبقى في الجرح وظفرها لا يفارق قناة
القناطير * وفي الزمن الثاني اما ان يستعمل القاطعة المثانية لافرا كوزه و
وقد استعملت من جراحين كثيرين وهي آلة مركبة من يد وساق فارغ كقرباب
فيه تسطير وتقوى يس قليلة ويحصر فيه فصل قاطع يبرز منه بواسطة غماز

اورافعة ينكي عليها ويكون قدر الشق به بحسب الارادة فيوجه الغماز نحو
 سطح من الاسطحة المتعددة في اليد بقدر خمسة خطوط اوسبعة او تسعة او احد
 عشر او خمسة عشر واستعمالها يكون بمسكها باليد اليمنى واتزلاق اللسان الذي
 ينتهي به نغدها على سبابة اليسرى حتى يصل الى قناة القاطير ويدرك وصوله
 بالملاسة المعدنية التي تحصل بين الاكيتين فينبذ ويرفع الجراح القاطير آتيا
 بها نحو القوس العاني ويأتي يدها الى الامام فتزلق القاطعة المثانية على طول
 قناة القاطير في المثانة وخروج البول يعلن بنقود الالة فيها ثم يخرجها على
 حسب اتجاه الشق الظاهر * واما ان يستعمل بدل القاطعة المثانية مشروطا
 بحذب ينقذ في قناة القاطير على السبابة بدون ان تفارقه ثم يمسك الجراح باليد
 اليسرى صفحة القاطير ويرفعه آتيا بالقاطير الى الامام كما ذكرنا وينقذ المشروط
 في المثانة على طول قناة القاطير الى الخارج المنتهية به كما ذكرنا في القاطعة
 المثانية فيشق عنق المثانة والبروستة ويوسع الفتحة باخراج الالة على حسب
 اتجاه المخرج الظاهر * ويمكن اتمام الزمنين المتقدم شرحهما في زمن واحد
 وذلك بان يدخل الجراح القاطير ويرفع المساعد الصفن ويمد الجمان ويمسك
 الجراح يد القاطير ويميلها الى الخلف واليمين قليلا وينبتها على هذا الوضع
 ويعرف باليد اليمنى محل القاطير ويحزبظفره على المحل الذي يريد ادخال السكين
 فيه ثم يأخذ سكين بتر صغيرة ويدخل سنهما في قناة القاطير ويرتفعه على طول
 القناة الى باطن المثانة آتيا بتقعر القاطير نحو العانة مميلا يدها الى الامام
 وخروج البول يدل على النقود في المثانة فينبذ يخرج القاطير ويخفض اليد
 الماسكة للسكين ثم يخرجها على حسب كون العملية بالمشروط او بالقاطعة
 المثانية المحففة والفرق بين العملية في الزمنين والعملية في الزمن الواحد ان
 الدخول في المثانة في الثانية يكون بالشق الاول واستعمال هذه العملية
 يستدعي تذكرة الجراح للوضع التشريحي للاجزاء التي ينبغي تجنبها وان تكون
 اليد ممارسة لهذه العملية كثيرا *

او يستعمل فيه المشروط

كيفية العملية
 في زمن واحد

واما الرابعة المشهورة بالجهاز الجاني فقد اخترعها طبيب فرنساوي يسمى فوبيرت

وسمى جانيا لان الشق يكون في جانب المثانة وهو ان يشق الجراح في الجمان وفي
المثانة شقاه واريا للشعبة الصاعدة للورك الشعبة النازلة للعانة بدون ان يصيب
عنق المثانة وهذه العملية تستدعي ان تكون المثانة متحدة من البول او من حقتها
بماء يحبس فيها يربط القضيبي وتستعمل هذه القاعدة بكيفيتين الاولى كيفية
فويرت المحترع لهذه القاعدة وكان يستعمل فيها الة بازلة طولها خمسة قراريط
وغلاظها مناسب وفي اعلى الجهة الظاهرة من انبوبتها قناة فكان يدخل هذه
البازلة من قرب الحدية الوركية اليسرى نافذا بها في باطن المثانة ووزوال المقاومة
التي كانت حاصلة حين ادخالها ونخرج بعض قطرات بولية يدلان على نفوذ البازلة
في المثانة ومن حيث ان قناة الالة تكون في الجهة العليا كان يتزاق عليها سكيننا
طويلا دقيقا ويشق بها شقا بقدر الحاجة والثانية كيفية المعلم توماس وقد
كان يستعمل بدل البازلة القاطعة المثانية لافرا كوزمو ومن حيث ان طرف
نمدها حاد كان يدخل هذه الالة في المثانة في الجانب الايسر من الجمان قرب
قوس العانة ثم يشق المثانة وباقي الاجزاء موجهها نصل الالة الى الاسفل
واما الخامسة المعروفة بالجهاز العاني فقد اخترعها جراح يسمى افرانكو فكان
يدخل اصبعيه في المستقيم ويدفع بهما الحصة الى اعلى العانة ويبقى يستعملها مدة
طويلة من غير ان يقتدى بها احد ثم تركت واندرست حتى احياها افرير كوم واتقن
كيفيتها وكيفية افرير كوم المذكور تحتاج لان يجهزها قاثا طير ومشرط مستقيم
واخر ذو زرو مجس قنوي وانبوبة وقاثا طير ذو سهم وهو مجس مثقوب من منقاره
ينحصر فيه سيخ طرفه حاد وفيه قناة من جهة تقعر من المريض يكون مستلقيا على
ظهره وتغذاه مثنيان قليلا على الحوض وتحلق عانته والجراح يدخل القاثا طير
ويشق من الجمان نحو قيراط شقا منحرفا كما في القاعدة الجنبية ينتهي في الجهة
اليسرى من الشرج ثم يفتح من مجرى البول قدر المسافة المذكورة وقبل ان يخرج
القاثا طير يدخل على قناته المجس القنوي المستقيم الذي يكون مهديا للمجس
ذي السيخ الذي يتخذ في المثانة هذا هو الزمن الاول ثم بعد نفوذه يحل المريض
ويستلقي على ظهره ورأسه وصدره وتغذاه مثنية ومتقاربة الى البطن ويشق

الجراح جلدان ثلاثة شعبة سواها لثمة الأبيض طوله ثلاثة قراريط وينتهي من
الاسفل بارتفاق العيانة وهذا الشق يكون في الجلد فقط كما علمت ثم يشق شفا
ثانياً كما ترى يكون في اللقافة الظاهرة ويجمع العضلات الأهرامية المسماة بالعانية
اسفل السرة ويوسع الجرح حتى يصير قدر شق الجلد ثم يدخل سبابة اليسرى في
جرح البطن السفلي ويمسك باليمنى صيوان القناطير ذي السيج ويوجه متقاربه
من اسفل الى اعلى من العانة الى التصاق البريتون بالثانة ويجهه بالالة نحو الجرح
فيرفع طرفها جذران المثانة ويتكون من ذلك صورة حلقة يمسكها الجراح
بالأبهام والسبابة من اليسار اليسرى ويدفع المساعد عقب السيج المتجه في
الجرح فيخرج السهم بين اصبعي الجراح فيمسكه وصيوان الجرح يكون بيد مساعد
والى هذا ينتهي الزمن الثاني ثم يأخذ المشرط ذي الزر ويرتقه على قناسة السهم
ويوسع به جرح المثانة من اعلى الى اسفل ويشق السطح المقدم للمثانة بالطول على
قدر الامكان ثم يحني سبابة اليد اليسرى ككلاب ويدخلها في زاوية الجرح العليا
ليحفظ بها كبلز المثاني ثم يأمر المساعد بان يرجع السهم في الجرح ويخرج هذه
الالة ويفتش على الحصة ويخرجها واما الانبوبة فتضعها انها توضع مستمرة في
جرح الجمان لتسهيل خروج البول والجراحون المستجدون جعلوا في كيفية
اقرير كوم بعض تنوعات الالهة منها ابطال شق الجمان الذي كان غايته تسهيل
خروج البول منه ومنع خروجه من الجرح الخثلي وارتشاحه في النسيج الخلوي
ففي يومنا هذا ابدل هذا الشق بوضع قناطير من صمغ لدن في مجرى البول
والاجود من ذلك كله ان يتخذ في المثانة من الجرح شريط من خرقة منسولة من
الجانبين فيمتص البول بواسطة مسامه ويوصله الى الخارج وبعد وضع الشريط
توضع رقادة غربية فوق الجرح ومن فوقها نسيالة ثم يغطي جميع ذلك برقادة
اعتيادية واذا علمت العملية على موجب هذه التنوعات فليحدد المثانة بالبول
او بالحقن بماء فاتر

واما السادسة المعروفة بقاعدة وكافهي ان المعلم المذكور وهو معلم بمدرسة بيرا
اخترع قاعدة جديدة لاجراح الحصة من المثانة وهي ان يشق الجراح في وسط الجمان

الجهاز

وضع المريض

كيفية العملية

على العضر طقيراطا و قيراطا ونصف من تحت الصفن الى حافة الشرج وذلك الشق
 يكون مجرى البول وعنق المشانة والبروستتا والالات اللازمة لاتمام هذه القاعدة
 الحديدية مشرط اعتيادي مستقيم وسكين حديدية مخصوص مستقيم الحد ضيقه
 وسنه ذو زلساني طوله قدر حزين من قيراط يكتفي لان يتزاق بسهولة في قناة القاثا طير
 وقاثا طير اعتيادي وجفوت وملاعق وغير ذلك والمريض بعد حقنه المعتاد وربطه
 المعروف بمسكه المساعدون ويدخل الجراح القاثا طير ويمسكه لمساعد كما في القواعد
 الاخر ثم يقف امام المريض ويمسك باليد اليمنى المشرط المستقيم كما يمسكه في الشق
 من الخارج الى الداخل ويمد باليد اليسرى جلد العجان بقرب حافة الشرج واضعا
 الابهام على اليمن والسبابة على اليسار ومتحرزا مع ذلك من رفع الصفن جدا
 * وبعد تهيئة ذلك يشق بالمشرط شقا مستطيلا مبتدأ به من جانب الشرج
 باحكام ما رايه على العضر ط الى قرب الصفن وامتداده من قيراط الى قيراط ونصف
 والشق المذ كور يكون للجلد والزاوية المقسمة من العضلة العاصرة الظاهرة
 للشرج والعضلة البصلية المجوفة وبصلة مجرى البول هذا هو الزمن الاول ثم يتخذ
 في الجرح سبابة اليسرى ليلاقي بظفرها قناة القاثا طير خلف جدران مجرى
 البول نحو الزاوية المقدمة للشق وعند ملاقاتها يهدي على ظفرها المشرط
 المسلول باليد اليمنى كقلم الكتابة فاذا وصل الى القناة شق به جدران مجرى البول
 بقدر مسافة الشق الظاهر من غير زيادة وهذا هو الزمن الثاني ثم يضع من يده
 المشرط المستقيم ويتناول السكين الصغير ما سكاله كالمشرط الذي تركه ويدخله
 لسانه في قناة القاثا طير نحو الزاوية الخلفية بلحرج مجرى البول وعند ذلك يمسك
 بيده اليسرى القاثا طير الذي كان بيد المساعد ويرفعه الى اعلى ويثبتته على
 ارتفاع العانة ما سكاله مسكا عاموديا مميلا صفيحته برفق جهة نفسه ثم يدفع
 السكين من اسفل الى اعلى منحرفا يسيرا بحيث لا يبعد عن هيئته الخط الافقي
 الا قليلا تابعا لتجاه قناة القاثا طير حتى يتقدم منها في المشانة نحو قيراط بدون
 ان يتغير القاثا طير عن وضعه المذ كور ثم يرفع يد السكين بحيث يقرب بها نحو
 الصفن فبواسطة هذه الحركة يرتكز ظهر السكين في محل من قناة القاثا طير

ويبعد منها الذي في المشانة عن هذه القنطرة وتقذف الجزء القاطع منها في عنق المشانة
ثم في البروستة ثم يخرج السكين على هذه الهيئة فيتم الشق بذلك ثم يرجع مسك
القائط إلى المساعد ويتقدم سبابة اليسرى في الجرح مهيأة بالقائط طير حتى
تتقدم في المشانة فيخرج القائط طير ويتحقق بالاصبع سعة شق عنق المشانة والبروستة
ثم يدخل الجفت في المشانة بموجب الطرق السابقة ويستأصل الحصاة فان لم يجد
الشق كافيا أدخل السكين ذات الزر اللسان على اصبعه في الجرح ووسعه بقدر
الحاجة والاولى ان يكون اخراج الحصاة دائما من بين الحديبات لا من بين شعبي
الورك واذا كان هنالك بعض موانع فينبغي ان يكون سطح الجفت المجدبان حال
خروجه بليان زاويتي الجرح لا بانبية فلا يحصل حينئذ للسطح الباطني لجري
البول ولا للسطح الظاهر للمستقيم مشقة من خشونة الحصاة عند خروجها
واما السابعة وهي القاعدة الجانبية المستعرضة او المزدوجة فقد اخترعها منذ
سبع سنين جراح فرنساوي يسمى شوسيه وكثيرا من الجراحين عمل القطع الثاني
بهذه القاطعة ومنهم المعلم الشهير دويترن والالات اللازمة لها قائط طير ومشرط
وقاطعة مشانية مزدوجة القطع لا تختلف عن آلة افرير كوم الا في كونها ذات
نصلين منحنيين يختفي حد كل منهما في الظهر المنحني للاخر فتشبه المقص المعتاد
لكنها تقطع بحافتيهما الوحشيتان بعكس المقص وكيفية العملية ان يوضع
المريض الوضع المعتاد ثم يدخل الجراح القائط طير ويسلمه لمساعد ويمسكه
بمسك عاموديا ويشق الجراح بالمشرط الاجزاء الظاهرة شقا مبتدئا به من اليمين
فيما بين الشرج والورك ومنتهيا به في هذا المحل نفسه من جهة اليسار وما راية امام
الشرج بخمس خطوط اوسنة ثم يشق شقا ثانيا بالمشرط على اتجاه الاول يقطع به
الاجزاء الغائرة ثم يضع سبابة اليسرى في الجرح ويستقصي بها على قناة القائط طير
ومجري البول ويهدي عليها المشرط الذي يشق به طول الجدار السفلي للجزء الغشائي
من قناة مجري البول بقدر نصف قيراط ثم يمسك القاطعة المشانية المزدوجة بيده
اليمنى بحيث يكون تقعرها لالا على ويضع لسانها في قناة القائط طير هذا هو الزمن
الاول من العملية والزمن الثاني ان يمسك صيوان القائط طير باليد اليسرى

وينكسها تدريجيا فتزلق بهذه الحركة القاطعة المثانية حتى تصل الى باطن
 المثانة ثم يخرج القاثا طير ويقلب القاطعة المثانية ليصير تقعرها الذي كان
 لاعلى الى اسفل ويكون الحد القاطع منها حيثئذ ما تلا للاسفل ثم يتحامل يسده
 على يدى الالة ويخرجها منكسا يسده فينشق بذلك عنق المثانة وجزء من قناة
 مجرى البول والبروستة والاجزاء المجاورة لذلك شقا مستعرضا مضمعا على اتجاها
 الخط الظاهر

واما الثامنة وهي القاعدة المستقيمة المثانية فهي جديدة لان العملية كانت جارية
 على القواعد السابقة حتى ظهر جراح فرنساوى يسمى صانصون ظهر له مندرستين
 ان يتخذ للمثانة من المستقيم واسس هذه العملية على المجاورة الكائنة بين هذين
 العضوين ولاتمام هذه القاعدة كيفيتان الاولى يصل فيها الى باطن المثانة من
 عنقها والثانية يصل اليه من قعرها من غير ان يصيب العنق وفي كليهما
 يجهز قاثا طيرا عتياداى قنوى ومشروط مستقيم وجفوت وقد يستعمل المشروط
 ذوالزر ولا تمام الكيفية الاولى يوضع المريض ~~مستويا~~ في حلبة القواعد
 والمساعد يمسك القاثا طير مسكاعا موديا بحيث تكون قناته غير مائلة لا يمينا
 ولا يسارا والجراح يدخل سبابه اليسرى في المستقيم ويهذى على وجهها الكفى
 تصل مشروط مستقيم ويلتفت بجده الى اعلى ويشق في مرة واحدة من الخلف الى
 الامام على حسب اتجاها الجحان فهذا هو الشق الاول ويشتمل الجدار المقدم
 للمستقيم والتسجى الخاوى والعضلة العاصرة وقدره في المستقيم قيراط وفي الجحان
 مثله فينكشف بذلك السطح السفلى للبروستة ويخرج بالاصبع بسهولة خلف
 الحاجر القليل السمك الساد بين المستقيم وقعر المثانة المتراكبين فوق القاثا طير
 المسولة للمساعد على الوضع السابق ثم يستقصى على قناة القاثا طير بظفر
 السبابه اليسرى خلف جدران مجرى البول بعد ان يقلبها جاعلا جانبها المرفق
 الى اعلى وبعد ملاقاتها يمسك المشروط بيده اليمنى ويهذى به على الظفر ملتفتا بجده
 الى اسفل وبظهره الى اعلى ويشق به جدار مجرى البول ويدخل سننه في قناة
 القاثا طير ويدفعه الى الامام حتى يدخل في المثانة شاقا بذلك عنقها والبروستة

الكيفية الثانية

ويكون اتساع الشق بحسب ما في ذهنه من شكل الحصاة وجرمها وإذا كان هذا الشق الثاني غير كاف أمكن توسيعه بواسطة المشروط ذي الزر والجراح يدخل سن المشروط خلف البروستتا ويوجهه ثانيا من الخلف إلى الامام فيشق البروستتا ويجري البول وعنق المثانة ويمكن اتمام الشق الثاني بأن يتدنى به من الامام إلى الخلف في الجزء الغشائي لجري البول فبذلك يكون الشق المستقيم اسفل الزاوية العليا للشق عنق المثانة بقيراط فيتكون من جدران المستقيم صمام يمنع دخول المواد البرازية في المثانة * ولا تمام الكيفية الثانية يوضع المريض كوضعه في الكيفية الاولى ثم يدخل الجراح القاثا طير في المثانة ويثبت فيها تثبيتا مستقيما ويشق حافة الجرح المقدمة كما في الكيفية الاولى الا انه لا يصيب التجان ويوجه سبابه يده اليسرى خلف الزاوية الخلفية للجرح فيحس بانحر البروستتا ومبدأ قعر المثانة فينتدب يستقصي بها هنالك عن القاثا طير فاذا وجد وضع ظفرها في قناته ثم يضع سن المشروط فيها شاخصا بجده إلى المستقيم اعنى إلى اعلى ويغوص حيث تدب الالة فيشق الغشائين المستقيمي والمثاني بقدر قيراط وهذه الكيفية تختلف عن السابقة بكون شق المستقيم فيها اكبر ويكون الشق بدل ان يكون في عنق المثانة والبروستتا يكون في قعرها الا انه مع ذلك كثيرا ما يدخل في الجهة المقدمة من الشق الجزء الخلفي من البروستتا ومنفعة هذه الكيفية الثانية تعظم عن منفعة الاولى بكون عنق المثانة فيها يبقى سليما ويكون مسلك الحصاة سيما العظيمة يكون فيما بين التباعد الاعظم للحدبتين الوركيتين لكن عيبها انها تعرض منها نواصير بولية اكثر من الاولى لان الجدران المثانية فيها تكون اقل صفاقة منها في الاولى فانضمامها يكون اعسر

حكمة على جميع القواعد والكيفيات التي ذكرت

القاعدة البطنية
المثانية

اعلم ان جميع الكيفيات التي ذكرت في عملية الحصاة تنحصر في ثلاث قواعد بطنية
مثانية وعجانية مثانية ومستقيمة مثانية وذلك سهل المعرفة فالاولى وهي
القاعدة البطنية المثانية لا تعرض منها زيف البتة والحصاة الكبيرة الحجم جدا

يسهل خروجها الى الان فيها عيبا وهو ان فتحة المثانة تكونها من اعلى بعسر خروج البول منها الى الخارج ويسهل انسكابها في الخوض فيتسبب عن ذلك خراجات ولدفع هذا العيب اوصى افريركوم على ان يشق في اول الامر الجمان فتكون المثانة مفتوحة من محلين وبذلك تصيرا اكثر قبولا للالتهاب لكن قد يضطر لهذه العملية اذا ظن ان الحصاة كبيرة الحجم جدا وتعمل ايضا عقب عملية مجانية مثانية لم يمكن فيها اخراج الحصاة من ذلك المحل والثانية وهي القاعدة الجمانية المثانية فيها عيب عظيم وهو مرض المثانة بسبب عدم امكان قطع الجهات قطعا متساويا وعدم امكان اخذ الحصاة بالاصابع وجذبها الى الجمان في اشخاص كثيرة والجهاز الكبير منها معرض لنكايان عظيمة هي الكدم والرض والتهاب عنق المثانة والخراجات والنواصير البولية وسلس البول والعنة * والقطع الجاني ايضا معرض لعدم الوصول للمثانة وللارثشاح البولي فلذلك لم يستعمل هذه القاعدة الا اثنان فويبير وتوماس * والقطع الجنب هو الذي استعمل كثيرا ولكن الريج والقاطعة المثانية الخفية لا فرا كوز مواليس فيما جميع النفع الذي تسبوه لهما فان الشرط يقوم مقامهما بنجاح ثم ان القطع الجنب معرض للتزيف اما من الشريان المستعرض للجمان او من شريان البصلة او من الشريان الجاني السطحي او من الشرايين الباسورية والمثانية الموضوعة من الخلف وضعا غائرا وهذا الجرح نفسه يتكون الى قناة طولها من قيراطير الى ثلاثة وفي الغالب تكون ضيقة على حجم الحصاة ومهيئة لرض وتمزق * والجهاز العالي قد يضطر له عندما تكون الحركات العنيفة غير نافعة لاجراج الحصاة وقاعدة المعلم وكالتى قد تسمى بمخبر طيبة الجمانية او المتوسطة الجمانية يظهر انها جامعة لجميع الشروط المطلوبة للنقوذ في المثانة من السبيل الاقرب والاوسع والاقل اوعية ومشتتة على جميع المنافع التي للقطع المستقيم المثاني بدون ان يحصل منها نكابة تاصورا وغيره ولكن اذا اصيب المستقيم او كانت الحصاة عظيمة الحجم جدا وجب تكميل قطع المستقيم فيوسع الشق المثاني الى اسفل ويشق معه الجدار المقدم للمستقيم والشرح فتصير هذه العملية كالكيفية الاولى في القاعدة المستقيمة المثانية وربما كانت هذه العملية كافية عن القطع

القاعدة الجمانية
المثانية لشيلسو

الجهاز الكبير

القطع الجاني

القطع الجنب

الجهاز العالي

انثلي اذا كانت الحصة عظيمة الحجم وهذه القاعدة بحسب الظاهر تعلو عن
 ما عداها من القواعد الا انها كانت جديدة ولم يتكرر استعمالها كثيرا لم
 نجس ان نحكم عليها بشئ حكومي حتمية والقاعدة المستعرضة منفعتها
 هي اول ان التوصل الى المثانة يكون من طريق قريب مستقيم سهل وثانيا انه
 لا يصاب فيها وعاء مهم وثالثا انه لا يصاب فيها المستقيم ولا القناة الناقلة ورابعا
 ان يخرج الحصة فيها واسع يسهل خروجه امانه لكن من حيث انها لم تستعمل
 الا قليلا لم يمكن الجزم بتأكد منافعتها المذكورة والثالثة وهي القطع المستقيمي
 المثاني اقل خطرا ولا يخشى منه ترقيب والجرح فيه يحاذي اوسع جهة من المضيق
 السفلي للحوض وذلك مما يسهل اخراج الحصة الكبيرة الحجم وقد يخشى فيه من جرح
 القنوات القاذفة للمني ولكن هذه الافة نفسها تعرض ايضا في القطع المجنب
 ومع ذلك فضررها قليل الاهتمام نعم تدم هذه القاعدة من جهة امكان نفوذ
 المواد الثغلية في المثانة ولكن اذا كان شق المستقيم اقل ارتفاعا من شق المثانة
 يتكون امام جرح المثانة صمام يمنع نفوذ المواد الثغلية فيها وفي الايام الاول من
 العملية يسيل البول من الشرج ثم ينقسم سر يعاينه وبين مجرى البول ثم يتم
 الشفاء وبالجملة فقد استعمل القطع المثاني المستقيمي مرات كثيرة في الاوربا
 ولم يعقبه عوارض خطيرة غير انه يبقى في بعض الاشخاص ناسور * وعلى اى حالة
 كان شق المثانة فالجراح بعد اتمامه يدخل سبابه يده اليسرى في الجرح ليعرف
 اتساع الجرح واتجاهه ومقدار الحصة ووضعها ثم يهدي الجفت على الاصبع
 المذكور وتكون حلقته يد به عتق ربتين في كف اليد اليمنى فان كان بعد القطع
 المجنب وضع الاصبع الذي هو كوصل في زاوية الجرح الخلفية ليجنح دخول الجفت
 فيما بين المثانة والمستقيم وكذا في القاعدة المتوسطة الجمانية وفي الاشخاص
 السمان جدا يتعسر وصول الاصبع الى باطن المثانة وكذا اذا كان جرح صغير
 لا يمكن ادخال الجفت والاصبع معا في ذلك يستعمل بدل الاصبع الموصل
 المذكور انما يكونه ارفع من الاصبع واطول منه لكن ينزلق اولا على الاصبع
 المذكور فاذا دخل الجفت في المثانة استقصى به منطبقا على محل الجسم الغريب

القاعدة المستقيمة
 المثانية

المهلة في مسك
 الحصة وانخراجها

ثم يفتحها وعند معرفته يسهل مسكه فيمسك كل حلقة من الحلقة بيد ويصلها
عن بعضهما ويدبر احدي الملعقتين الى اعلى والثانية الى اسفل ويعرف كونها
ملتت الملعقتين بعدم تقاربهما وكون مسكها جيدا بتباعدها عن
بعضهما تباعدا متوسطا ويحسن صلابة المسك فيثبت يمسك الجسم الغريب
تحت فتحة الجرح وينبغي في اخراج الحصاة في القطع البطني الثاني ان تكون كل
ملعقة من ملعقتي الجفت على جانب من جانبي الجرح وفي القطع الجنب والقطع
العضري تكون احدهما الى اعلى وثانيتهما الى اسفل حتى لا يحصل من خشونة
الحصاة عند اخراجها نكايه لا يجري البول ولا للمستقيم وفي القطع المستقيم
المشائي تكون احدهما على اليمين والاخرى على اليسار وفي حال الانخراج عموما
يضم الحلقة في الكف الايمن ويمسك الفردتين عند ذلك باليد اليسرى قرب
الجرح لزيادة حفظ المسك والمساعدة في اخراجها وبالجملة فطريقة اخراجها
تكون بتأني ورفع الجفت وتنكيسه على التعاقب وبأمالته يمينا ويسارا وعلى
التعاقب ايضا متحرزا بذلك عن الجذب العنيف فهذه هي الشروط التي ينبغي
التمسك بها * واذا كانت الحصاة متشبثة بقعر المثانة ولم يمكن مسكها
بالجفت المستقيم وجب ابداله بجفت منحن او ادخال الاصبعين في المستقيم ورفعها
بهما واذا كانت ممسوكه مسكا غير جيد بان كانت ممسوكه من قطرها الا كبر ترك
ذلك المسك لتمسك ثانيا مسكا جيدا فيحرك الحصاة بالاصبع او بالزر حتى نصير
على هيئة يحسن مسكها واذا كانت كبيرة جدا ولم ينفع الاجتهاد في اخراجها
فتت وكانوا يستعملون في تفتيتها جفوتا طويلة متينة في احدي ملعقتيها
ثلاثة اسنان وفي الاخرى سنان تدرز في بعضها عند الانطباق وفيها برعمة
عند جمع الفردتين لاجل ان تمسك الحصاة مسكا جيدا ثم يتحمل عليها حتى
تتفت فان لم يمكن تفتيتها فعل القطع البطني ~~لكن~~ رأى بعض الجراحين انه
اذا كانت عملت القاعدة المجنبية بالفعل فشق زاوية الجرح السفلى الى الشرج
اولى من فتح جرح ثاني في البطن واذا كانت ملتصقة التصاقا ضعيفا امكن
فصلها من جدران المثانة باحتراس او التصاقا قويا وجب تحريكها كل يوم

لمعالجة التمسرات
اذا كانت الحصاة في
قعر المثانة او ممسوكه
مسكا غير جيد
او كبيرة جدا او ملتصقة
او متكيسة

وتوجيه بعض الحقن عليها ثم تستخرج وإذا كانت منكيسة اعني منحصرة في كيس يكون عولة على الغشاء المخاطي للمثانة فينبغي فصله او شق حافة فتحة ذلك الكيس الغير الطبيعي بشرط ذي زرو والاجود توسيعه وتريده اذا امكن لئلا يخاطر بشق سمك جدران المثانة * وبعد خروج الحصة وتحقق عدم وجود غيرها في المثانة بالاصبع تحل اربطة المريض ويوضع على فراشه وإذا انكسرت الحصة اخرجت القطع الكبير بالجفت واخرجت الصغار بالحقن بالماء القاتر بحقنة ذات ماسورة وشاشة بان يكون في طرفها بجله ثقوب والذي يستدعي المعالجة التابعة هو القطع الخليلي فقط فتوضع ماسورة في جرح العجان اى في قاعدة افرا كوز مويد خل في المثانة شريط من خرقه مذبذول الجانبين يخرج طرفه من البطن ليكون كيزاب يخرج منه البول الى الخارج اذا لم يخرج من الماسورة ويعالج الجرح معالجة سطحية وبعد يومين او ثلاثة من العملية تبدل الماسورة التي في العجان بماسورة من صمغ لدن توضع في مجرى البول ويرال الشريط ليزول عابق الجرح عن الالتحام والقاعدة الجانبية المثانية وكذا المستقيمة المثانية لا يستدعيان شيئا غير راحة المريض وتقارب نخذه لبعضهما واتنأتهما قليلا بواسطة وسادة توضع اسفل ما بض الركبة وقد يتفق في القواعد الجانبية ان التجمدات الدموية الحاصلة فيما بين حواف الجرح تمنع خروج البول منه فحينئذ توضع ماسورة غليظة في الجرح ليسهل بها خروج البول ويزول الالم الحاصل من الاحتباس المذكور * والتزيف عقب عملية القطع المنجب يستدعي همة الجراح ونباهته * فان كان حاصل من انفتاح وعاء غير عاثر ربط فان احتيج في التمكن من الربط لتوسيع الجرح الظاهر وسع زيادة امكان تداركه مثل ذلك وان كان آتيا من اقصى الجرح وشوهد النحل الخارج منه ولم يمكن ربطه كويت فوهة الوعاء بميل شحى في النار وان كان التزيف حاصل على سبيل السرمان اى النضح ولم تعلم فوهات الاوعية المفتوحة فينبغي في ذلك عملية السد * وهي ان تؤخذ ماسورة من فضة طولها من اربعة قراريط الى خمسة تنحصر في كيس من خرقه وتخرج بقدر نصف قيراط من ثقب في قعر الخرقه ويربط ذلك الكيس في خزانة الكائنة في اسفل الماسورة

معالجة تابعة

ما يمنع التزيف عقب
القطع المنجب
الربط
والكي

والسد بكيفية ديويترن

ثم تدخل الماسورة والكيس المحيط بها في جرح المثانة ويحسني ما بين جدران الكيس
والماسورة بنسالة صلبة حتى تنضغط بقوة جدران الجرح وترز الحلقة العليا
للكيس على النسالة فتثبتته ويسد ان يكون هذا السد غير ناجح ومع ذلك فان لم
يزل التزيف منصبا في المثانة ويعرف ذلك بخروج الدم من الماسورة وباتقاع
البطن السفلي وباصفرار المريض وتآلمه وجب ازالة هذا الجهاز واستفراغ ما في
المثانة بالحقن ثم يرد الجهاز ثانيا باتقن عما كان

الكلام على القطع المثاني للنساء

لما كان مجرى البول في النساء قصيرا ومتسعا كان وجود الحصاة فيهن اقل منه
في الرجال ولا خراجها منهن طريقتان التوسيع والشق * فالتوسيع لمجرى البول
في النساء رأى بعض الجراحين انه سهل ومأمون في اخراج هذه الاجسام الغريبة
ويكون بطيئا اذا كان بوضع اجسام اسفنجية في مجرى البول وسريعا اذا كان
بالالات الموسعة لكن كل منهما مأمون ويعقبه في الغالب سلس البول فلذا تولى
بالكلية الا اذا كانت الحصاة صغيرة جدا * وشق مجرى البول والمثانة اقل
تسكيا ويكون كما في الرجال على ثلاث قواعد شق العجان او البطن السفلي
او المهبل * فشق المثانة من العجان يمكن ان يحصل بدون اصابة مجرى البول
او باصابة لا ممرارات من قناتهما من ذلك عمليتان اولاهما تسمى جنبية
وثانيتها تسمى مجرية فالجنبية تكون كما في قاعده شيلسو في الرجال بدفع
الحصاة نحو العجان بالسبابة والوسطى من اليد اليسرى بعد ادخالهما في الشرج
اذا كن ابكارا وفي المهبل اذا كن ثيبات ثم يشق محل بروز هذا الجسم الغريب وقد
استعمل هذه العملية جراحون من العرب وتركوا الان بالكلية من الجراحين
المستجدين والقاعدة المجرية ذكرها بعض الجراحين وهي ان يشق مجرى البول
وعنق المثانة على كيفيات مختلفة فيعضهم كان يوجه الشق الى الاسفل والوحشية
كما في القطع المثاني الجنب وبعضهم كان يشق جاني المجرى بالعرض اما بشرط
ان يشق اولا احد الجانبين ثم يوجه قناة المحس الى الجانب الثاني ويشقه

الاولى التوسيع

الثانية شق مجرى
البول والمثانة
القاعدة الجانبية

اوبالقاطعة الثانية لا فريركوم فيشقهما معا في مرة واحدة وهو الاولى وهاتان
 الكيفيتان تركتا النكايتهما والمعلم دبووه كان يوجه الشق الى اعلى ولا تمام هذه
 الكيفية توضع المريضة كما في عملية الرجال ويدخل الجراح في المجرى بحساقنويا
 طويلا معتدلا حتى يصل للمثانة مديرا قناته نحو ارتفاق العانة ويشق بنصل مشروط
 طويل مستقيم جميع طول مجرى البول ومن عنق المثانة قدوما يناسب جرم الحصة
 والمعلم دبووترن استعمال القاطعة الثانية المخفية لا فريركوم استعمالا بسيطا
 فكان يدخلها مطبوقة في مجرى البول ثم يفتحها ويوجه حدها الى اعلى صاحبها
 لها الخارج فيتم الشق والقاعدة البطنية الثانية وهي الشق اعلى العانة ريماتم
 في النساء يدون ان يحتاج الى شق الجمان لان مجرى البول فيهن يسهل نفوذ المجس
 ذي السهم فيه ثم في الماسورة المخرجة للبول فتكون هذه العملية في النساء اسهل
 منها في الرجال ولذلك فضلها بعض المعلمين عن القاعدة التي ذكرناها واما كيفية
 العملية فيها فهي ككيفية العملية في الرجال والقاعدة المهبلية الثانية تكون باخراج
 الحصة الثانية من المهبل وهذه القاعدة استعمالها كثيرون في زمننا هذا وتمت
 كثير ابحاث وبكيفية مختلفة اسهلها ان توضع المريضة كما في القطع الجحاني
 الثاني ويدخل الجراح في المثانة بحساقنويا صلبا وفي المهبل ريزجا من خشب مثل
 الذي يستعمل في ناصور الشرج حتى يرتكز طرف المجس على طرف الرزج خلف
 الجدران المنضمة للمثانة والمهبل ويخدم طرف المجس في كشف الاجزاء التي يراد
 شقها ثم ينكس يد الرزج الى اسفل نحو الشرج فتبعد الجدران الخلفية للمهبل
 وتصونها ثم يتقدم مشروطا مستقيما اذا نصل طويل في قناة المجس ويشق من الامام
 الى الخلف شقا كافيا لاجراج الحصة والشق في هذه العملية يكون في عنق
 المثانة اوفي قعرها السفلي نظير ما سبق في القطع المستقيمي الثاني واما من
 خصوص احوال الجرح وكيفية اتمام العملية فلا فرق بين الكيفيتين ولكن قد
 ظهر بالتجربة ان القاعدة التي يشق فيها مجرى البول وعنق المثانة يعرض منها
 للمريضة ناصور يولي في المهبل اكثر من القاعدة الاخرى ومنافع القاعدة
 المهبلية الثانية هي عدم اصابة عنق المثانة وسهولة اجراج الحصة الكبيرة الحجم

القاعدة البطنية

القاعدة المهبلية

جدا وعدم حصول اعراض خطيرة تعقبها فان اغلب الناس الذين عملت لهم
هذه العملية حصل لهم الشفاء التام بدون ان يعقبه سلس بول او ناسور بولي
والمريضة في هذه العملية تكابد المأخضا وتكون اقل تعرضا للاخطار واقل
نكابة من انقطع البطن المثاني ومن شق مجرى البول وعنق المثانة والمعالجة
التابعة هنا لا تختلف عما ذكر في القطع المثاني للرجال ولتكن غاية همسة
الجراح بعد عملية القطع في الذكور والاناث التمسك بما يتدارك اذوية مقاوم به
الالتهاب الذي يستعد لقبوله كل من المثانة والنسيج الخلوي للعوض والبريتون
وقناة الهضم وفي الاحول البسيطة التي لم يحصل فيها عسر ولا نزيف يخرج
البول من المجرى في اليوم الثاني عشر او الرابع عشر ولا ينقطع خروج الدم من الجرح
غالبا الا في الخامس والعشرين او الثلاثين وقد يحصل الشفاء في اقل من ذلك
بسبب التحام الجرح بدون واسطة وهذا نادر جدا

الباب السادس

في آفات البروستاتا ومجرى البول وما يخص ذلك من العمليات وهي احدى
عشرة آفة

الاول احتباس البول

احتباس البول نتيجة اغلب امراض البروستاتا ومجرى البول وينشأ كثيرا من
تضايق المجرى وعلاج ذلك يكون بتسهيل سيلان هذا السيل وحديثه
فاحتباس البول ليس مرضا بل هو عرض حاصل من آفات مختلفة ينبغي
معرفة اومقاومتها بما يناسبها

الثانية البول الدموي

البول الدموي هو خروج الدم من مجرى البول منبعا من المسالك البولية
كالكلبي والحاليين والمثانة وغير ذلك والذي يسمى بالدم المجري هو النزيف من
مجرى البول والنزيف الاثني من الحشفة يسمى بالدم الحشني وهذه الداءات المختلفة

ينبغي البحث عن محلها ومقاومتها بما يناسبها وكلها اعراض لا امر اض

الثالثة انتفاخ البروستاتا

انتفاخ البروستاتا قد يحصل من احتقان احدى كرتي جانبيها او كرة وسطها او الكرات الثلاث وفي جميع ذلك ترتفع جدران عنق المثانة ويضيق اصل مجرى البول وينسد وهذا الداء يظهر غالباً بثقل شديد في عنق المثانة واشتياق متواتر الى البول وتألم في وقت خروجه ثقل شدته او تكرار لا سيما عقبه واذا دخل السبابة في الشرج لا يحس بشيء الا اذا انتفخ هذا العضو جدا وذهب نحو المستقيم وصير خروج المواد الثقيلة عسرا ويندركون انتفاخ البروستاتا صلا من التهيج الذي يتسبب عنه تضيق مجرى البول * ومعالجة هذا الداء اذا لم يمنع استغراق المثانة استغراقا كاملا تكون بمقاومته بواسطة ارسال العلق على العجان وبالمكسدرات المليئة وبوضع الرجلين في الماء الحار وبالحمية والمشروبات اللعابية فان استدعى وضع القاثا طير لاستغراق البول فينبغي غاية الملاطفة وفي ذلك يختار كون القاثا طير من صمغ لدن لانها توافق اعوجاج المجرى بسبب لينها اذا اخرج منها الميل ثم بعد استغراق البول ينبغي استعمال ما يصادد الالتهاب حتى يشفى العضو وترجع له وظائفه الطبيعية

الرابعة حصاة عنق المثانة والبروستاتا ومجرى البول

الحصاة البولية تكون شائعة لعنق المثانة عندما تدخل فيه وهي صغيرة الحجم ثم تعظم ثم ان منها ما يكون فيما بينه وبين جدران المجرى خلاه يخرج منه البول ومنها ما يكون في وسطه ثقب يخرج منه ذلك وقد شوهد ان الحصاة مكثت في عنق المثانة عشرين سنة وثلاثين وكبرت حتى صارت كبيضة الحمامة وقد تكون الحصاة في نسج البروستاتا فترفع جدران مجرى البول وتقرحه وتذيبه وتنغذ في المجرى فتضيقه وتسد قطره وقد تكون في المجرى فقد شوهد ان الحصاة الصغيرة تنجذب من اندفاع البول وتدخل في المجرى وتقف فيه وتسبب الما وغيره من جميع اعراض احتباس البول وكل من الورم المتكون عن الجسم الغريب ومنع دخول القاثا طير

اواحتسبنا كد عند من وره في الحصاة علامات حقيقية يستدل بها على وجود
الحصاة في مجرى البول * ومعالجتها ان كانت الحصاة صغيرة ومتحركة وكان
دخولها في المجرى جديدا باخراجها بعد الغمر عليها من الخلف الى الامام
سلتا ويجفت هتروا عرضوا مص القضيب ايضا وهذا ربحا صحيح في بعض الاحيان
لكن لا ينبغي الاعتماد عليه لضعف كفايته بل يعاون ذلك بالحقن الزيتية ووضع
الرجلين في الماء والقصد الموضعي فان لم يتفع جميع ذلك او كانت الحصاة قديمة
وكبيرة غير متحركة وجب شق الجبهات على الحصاة واخراجها ثم ادخال قاثا طبر
في المثانة سر يعاوض الجرح فان كانت الحصاة محاذية للصفن اجتهد في تبعيدها
عنه الى الامام او الخلف حتى لا يشق هذا المحل ويمنع الارشاح البول الذي لا بد
من حصوله في النسيج الخلوي اذا انشق

الخامسة وقوف اجسام غريبة في مجرى البول

ينبغي ان يتمسك بهذه الامور اذا وقعت في مجرى البول اجسام غريبة ذات صفات
اخرى وليتحيل في مسكها بالحقن بان تثبت اولا بالضغط على المجرى من خلف
هذه الاجسام لثلاث تدفع في المثانة

السادسة التهاب مجرى البول

الغشاء المخاطي معرض لالتهاب كثير ينشأ عنه خروج سيال واقرص صديدي
يصحبه الم شديد خصوصا زمن الانتصاب وهذا الداء يسمى بليثوروجيا اي
السيلان المخاطي وهو ليس افرنجيا على الخصوص بل هو غالبيا ينشأ عن جماع
شخص مصاب بهذا الداء وريما نشأ من احتقان لذاع حاد او من استعمال بعض
مشروبات كالبور او هو يستدعي في دوره الاول وضع العلق على القضيب بطول
المجرى ومضادات الالتهاب والابزن والمشروبات الغروية ثم القوابض الخفيفة
كمحلول سولفات التوتيا وماء الرصاص ويشق جيسدا اذا كان الالم خفيفا في
ابتدائه باستعمال بلسم كوپاي وبلسم مكة بان يتناول من ذلك كل يوم من
نصف درهم الى درهم او درهمين

السابعة تضايق مجرى البول

تضايق مجرى البول يحصل غالباً من التهاب بطول أو يكتر ترده ويتسبب عنه غلظ الغشاء المخاطي الذي لهذا المجرى في جهة واحدة أو في جهات متعددة ويتكون منه بروز مستطيل مختلف الشكل يضيق المجرى ويمنع خروج البول وقد يكون هنالك غشاء يسد جزاً من قطر هذا المجرى وقد يتقرح الغشاء المخاطي في بعض الناس تقرحاً يقل غوره أو يكتر فيحصل التضايق من التحام الجرح * ومتى حصل التضايق من أي سبب كان فالعرض الذي ينشأ عنه هو عسر خروج البول عسر اظاهر أو دقة وثبه شيئاً حتى ينتهي بتقطير مع العنف الزائد فحينئذ تهيج المثانة من حيث انها لم يستقرغ منها البول بالكلية وينشأ عن هذا التهيج سلس مخاطي يغير البول ويعكسه بمكنه الطويل في المثانة ويحصل للمريض الم شديد لا يطاق ثم تعقبه الحمى وهذه الالفة التي كانت بحسب الظاهر خفيفة ويقل الاهتمام بها يعقبها اخطار عظيمة وقد يتسبب عن الحركات العنيفة في بعض الناس عند مدافعة البول صداع مستمر وتبي للسكرنة وقد تحدث اجزاء مجرى البول السكائنة خلف المانع من قوة البول وكثرته نمداً شديداً وتتهتك فينشأ عن ذلك نزاجات ونواصير بولية واعراض خطيرة والتضايق اذا اخذ في الزيادة وكان ناشئاً عن تهيج عارض حصل في الاجزاء التي هو فيها حبس خروج البول بالكلية * واذا طلب الجراح الى مريض مصاب بتضايق مجرى البول قائل ما ينبغي له فعليه ان يعرف محل المانع وحاله معرفة جيدة وذلك يتم بادخال قانا طير من صمغ لدن متوسط الغلظ في مجرى البول حتى وقف في محل التضايق عرف منه مقدار غور المانع وبعد الوقوف على ذلك ينبغي له ان يعرف شكل المانع ولا تمام ذلك يستعمل قانا طير اخرى تسمى استقصائية وتكون مصنوعة على هذه الكيفية * وهي ان تؤخذ قانا طير من صمغ لدن من عمرة ثمانية او تسعة او عشرة نافذة من الطرفين ويكون حرسوماً عليها تقاسيم القدم الفرنسية او وفتحها المقدمة بقدر نصف الاخرى ويؤخذ خيط من ابريسم غير مقنول بثني

عوارض تحصل
من هذه التضايق

معالجة

عمل القانا طير
الاستقصائية

كيفية استعمالها

معرفة التضايق

ازالة المانع بامرين

الاول الكي

طباقات حتى تكون منه شرابة ويعقد على المحل الذي يصير رأس الشرابة بجهة
 عقد ويغمس في الشمع المذاب ويهتدم عليها باستدارة ثم يربط طرف الشرابة
 بخيط ويدخل ذلك الخيط من الفتحة الواسعة ويجذب حتى يصل رأس الشرابة
 المغموس في الشمع الى الفتحة الاخرى فيقف هنالك وتكون الشرابة خارج فتحة
 القناطير ثم تدهن الشرابة من الشمع الاصفر والدياخليون والزفت والراتنج
 اجزاء متساوية حتى يساوي دائرها حجم القناطير ثم تقطع حتى لا تبقى خارجه
 عن طرف القناطير الا ربع قيراط * واذا وجدت هذه الالة مصنوعة على
 ماذ كرفية ينبغي في استعمالها ان تدهن بالزيت ويذهب الجراح بطرفها الى قرب
 التضايق غامر اعليها برفق قدر دقيقة زمانية ثم يخرجها فيجرد الشمع كون رأسا
 يبرز له ساق فيه طول ما وحجم ذلك الرأس وهيئة وضعه موافقان سعة وضع
 الجهة الضيقة السائكة من الجحري وهيئتها * ولاجل ان يعرف طول التضايق
 يستعمل قناطير رفيع من صمغ لدن طرفه مغطى بطبقة رقيقة من شمع فاذا
 ادخل في فتحة التضايق حصل فيه قناة مستديرة كثيرا وقل كل من عرضها وغورها
 وذلك يدل على حقيقة طول المانع * وبعد ووقوف الجراح على حقيقة المحل
 المشغول بالمانع وقد رسة المحل السالك من الجحري ينبغي له ان يجتهد في ازالة ذلك
 المانع ويستعمل لانعام ذلك امر ان الكي والتوسيع بالمراد * اما الكي فقد
 حدث من مدة طويلة واستعمل في ازمته متفرقة وكان مهجورا في الاكثر
 للعوارض التي كانت تنشأ عنه بسبب قلة الاشياء التي يحددها فعله في المحل
 الضيق فقط والفضل في ذلك لطبيب فرنساوي يسمى دو كپ في اختراعه آلات
 كافية في تحصيل هذا الغرض فانه اخترع من سلة الكاوي وهي قناطير من صمغ
 لدن من ثمرة سبعة او ثمانية احدى طرفيها مكون من قطعة من البلاتسو وهو الذهب
 الابيض طولها من عشرة اجزاء من قيراط الى قيراط ووسطها مثقوب وتركب على
 القناطير من الداخل بيزيمة وهذا القناطير يقبل من ودار فيعاس الصمغ اللدن
 عليه ملقعة صغيرة من البلاتسو ايضا طولها من اربعة اجزاء من قيراط الى ستة
 وتلا من الجحري الجهتي وهذه الملقعة يوجد في قاعدتها حافة تمنع من ان يخرج

وضع السكاوي في الملعقة

كيفية العملية

استعمال المراد
ذوات البطن

من القانا طير غير الملعقة فان كانت قوهمة المحل الضيق ليست في وسط المجرى ازيل
من القانا طير قطعة البلاستو التي ذكرناها ووضع يدها قطعة اخرى يكون فيها
بروز جانبي يخدم لتوسيع فتحة القبا طير ووضع على احد الجانبين * ولاجل ان
يوضع السكاوي في الملعقة يؤخذ فتات الحجر الجهنى ويوضع في الملعقة ثم تعرض
لحرارة نار لطيفة او فتيلة مصباح حتى يسيل الفتات بدون ان يغلي * وبعد تجهيز
ذلك كله تدخل مرسله السكاوي حتى تقف عند المانع فيدفع المرود الرقيق وتوجه
ملعقته الى الجهة الاكثر بروزا من التضايق فتكوى تلك الجهة بحركة المرود حركة
رحوية واكثر ما تستقيم العملية نصف دقيقة ثم ترد الملعقة في القانا طير ويخرج
فان حصل حرقان شديد اثر الكي حقن المحل بمحقة مليئة وفي اليوم الثاني تسقط
الحشكر يشة التي قد تكونت ولا يعاد الكي ثانيا الا بعد سقوطها ويعلم اما من
اخبار المريض او من النظر في بوله في اثناء واذ اسقطت الحشكر يشة صارت زرقة
البول اغلظ مما كانت وبعد خمسة ايام اوستة من الكي يؤخذ طبع جديد بواسطة
المجس الاستقصائي ويعاد الكي ان لم يكن التضايق تلاشي والغالب انه يكفي كيان
او ثلاثة لازالة اعظم جزء من البروز المتكون من المانع ثم يتم ارجاع المجرى الى سلوكه
الطبيعي بواسطة المراد ذوات البطن والجراحون الى الان يستعملون المراد
الاسطوانية التي من الصمغ اللدن في توسيع ضيق المجرى وعيها انها تبيع جميع
طول المجرى حتى المحال التي لا ينبغي توسيعها * والمعلم دو ك ب ازال هذا العيب
بواسطة المراد ذوات البطن التي تكون من الصمغ اللدن وفي ثلثها المقدم غلظته
نسبه المغزل الا فرنجي طوله من قيراط الى قيراط وثلاثة اجزاء من قيراط وباقيها رفيع
وقطر هذه المراد من جزئين الى اربعة اجزاء من قيراط وتدهن بزيت ثم تدخل حتى
تحمذى الجهة الوسطى من بطونها التضايق ويعاد ادخالها في كل ثلاثة ايام
او اربعة اوستة وبذل ان تستقيم خمس دقائق ربما تستقيم نصف ساعة او ساعة
وحسن الصناعة في عدم توسيع الانسجة بالعنف الزائد لئلا يحدث الم شديد
وينبغي في استعمالها ان يبدأ بالصغر ثم يكبر منه تدريجيا حتى يسهل
دخول اغلاظهم ودمن تلك المراد وان لا يكون هنالك سيلان مادة منتنة ليدل

حاملة السكاوي
للمعلم للمنض

ذلك على ان الاجزاء التي كويت التحمت التحاماً صلباً * والعيوب الثقيلة
الناجئة من حاملة السكاوي لدو كيب الزمت المعلم للمنض معلم مونبليا ان يخترع في
هذه الالة تنوعاً مهماً فصار المحس المنسوب له بهذا التنوع مركباً اولاً من انبوبة
من البلا تنوعاً عظيماً من ثمانية سبعة الى ثمانية مفتوحة من طرفها وثانياً من سيخ
من هذا المعدن في احد طرفيه المعلقة الصغيرة التي طولها نصف قيراط ومنتهياً
زر صغير زيتوني الشكل يسد الفتحة السفلى للانبوبة والطرف الثاني من هذا
السيخ خارج من الطرف الاخر للانبوبة بسبعة خطوط وفيه برعمة تدور عليها
دائرة صغيرة من البلا تنوعاً تمنع خروج السيخ من الانبوبة ويسهل تقريبها وتبعيدها
من الانبوبة ليخرج من الطرف الاخر الجزء المراد اخراجه من المعلقة فبذلك يحدد
طول السكاوي بحسب الارادة وثالثاً وهو الاخير توجد حلقة متحركة ذات برعمة
مطوقة للانبوبة وتجرى على طولها بحسب الارادة وتقعها انها تحدد غور المانع
الذي عرف بواسطة المحس الاستقصائي وهذه الالة المخترعة تكون مستقيمة
ومقوسة وتستعمل الاولى فيما اذا كان التضاييق بعيداً عن تقوس المجرى تحت
العانة قريباً من الامام والثانية في عكس ذلك وفي هذه الاخيرة تكون المعلقة
متجهة نحو التضاييق ومعظم الجراحين لا يستعمل الالة المستقيمة في كلتا
الحالتين وكيفية العملية بهذه الالة لا تخالف كيفية العمل بالة دو كيب *
وقاعدة دو كيب لا يمكن استعمالها في جميع الاحوال وان كان التنوع الذي
احدثه للمنض فيها جيداً جداً * والسكاوي يكون اجود في التضاييق اذا كان بعيداً
عن فوهة مجرى البول باربعة قراريط او ستة اكثر مما اذا كان في اجزاء هذا المجرى
القريبة الى المثانة وكل من عدم حس جدران مجرى البول وصلابة المانع
مما يعين على الكي وحك كل من وجود الالم الشديد الدائم الذي يزداد من
وجود السكاوي واسترخاء الغشاء المحاطي من الاحوال المضادة للسكاوي المانعة له اما
لعدم دفعه فيها لانها ربما زالت بدونه واما لخطره فانه بسبب عوارض خطيرة وربما
افسد الاجزاء المصابة واما كل من عظم الجزء الضيق من المجرى وكثرة وجود
الموانع فلا ينساق في استعمال السكاوي فانه كثيراً ما شوهد زوال موانع عظيمة التمدد

حكومة على قاعدة دو كيب

احوال تعين او تضاد
استعمال السكاوي

وتضايق كبير في شخص واحد

الثاني التوسيع بالمراد

كيفية تدخيل المراد

وإذا منعت الأحوال المذكورة استعمال الكي فينبغي استعمال المراد وذوات
البطن منها مفضلة عن القديمة وينبغي أن يتكرر إدخالها في كل يوم أو يومين أو ثلاثة
على حسب قبول المريض والتقدم في الشفاء وينبغي أن يعاون نفعها باستعمال
الابرن الكاملة أو وضع الرجلين في الماء والمغليات المليئة في المجري وبالجملة الشديدة
والمشروبات المرطبة * وتدخيل المراد عملية دقيقة وكثيرا ما تكون عسرة
وينبغي أن يكون المريض فيها واقفا أمام الجراح أو مستلقيا والجراح بممسك
القضيب باليد اليسرى واضعا الإبهام والسبابة على جانبيه والوسطى على الحشفة
من الخلف ويقدم باليد اليمنى طرف المرود بعد أن يدهنه بجسم شحمي إلى فوهة
المجري ولا ينبغي أن يكون القضيب حينئذ من فوق نحو البطن بل ممسوكا مسكا
أقرب إلى صير مجرى البول معتدلا بقدر الإمكان وغشاؤه المخاطي مشدودا والتزول
الثنيات التي فيه ثم يدفع الجراح المرود بأرماله فيملي بين الأصابع حتى يصل إلى
التضايق فإذا رقق هناك سهل على الجراح بواسطة المعرفة الحاصلة عنده بعمل
المانع أن كان طرف المرود جاوز المانع أو وقف أمام فتحة وفي هذا الثاني
ينبغي إخراج المرود قليلا ثم رده إلى التضايق ويكرر ذلك حتى يجد الفتحة
وأما إذا كان التضايق أبعد من خمسة قراريط ونصف أو ستة فينبغي استعمال
المراد المجوفة أو المنحنية وإذا كان في محل التضايق الشديد ينبغي تكرار القصد
الموضعي على المحل المتألم والحقن الملين في مجرى البول وجميع ما يضاف إلى التهاب
عما ذكر سابقا وما على ذلك ويجتري من إدخال المرود حتى تذهب جميع أعراض
التهيج الحاد فإن اضطر إلى وضع الكاويات استعملت معها هذه المعالجة أيضا
لأنها تسرع بحصول نفع الكي وتبعد الأخطار التي ربما تحصل منه وإذا كان مجرى
البول ضيقا جدا بحيث لا يخرج منه بول بالكلية اشتدت الأعراض جدا وزاد
خطرها فينبغي الإسراع بفتح طريق يخرج منه البول وأول ما ينبغي فعله في ذلك
أن يدخل الجبس الاستقصائي ليعرف به شكل المانع وكيفية وضعه ومحل الفتحة
وإذا احتبس البول دفعة واحدة عقب الإفراط في الماء كل والمشارب أو غيرهما

معالجة التضايق
المانع للبول بالكلية

استعمال الموصل
والمراد الرفيعة

وضع القانا طير قهرا

او كان مجرى البول متجهيا متاما وضع حالا نحو عشرين او ثلاثين علقه على الجوان
وبعد سقوطها يؤمر بالجلوس الطويل في الماء القاتر ليستمر نزول الدم وليبول
المريض فيه كما هو الغالب وتقع العلق والجلوس في الماء ان تستفرغ بهما الاجراء
المحتقنة وتلاشا التهييج الحاصل فيها وتتمدد بعد انقباضها فان بقي التضاييق
مستعصيا عن هذه المعالجات اضطر الى القانا طير والمعلم دو كپ اعرض طريقة
اجود من الطريقة المستعملة قبل ذلك التي هي ادخال قانا طير في التضاييق من
غير ان يمتدى اليه بموصل وذلك يستدعي جسا طورا لا مؤلما * والمعلم دو كپ
موصل هو قانا طير من ثمر ستة او سبعة احد طرفيه مثقوب الى نصفه وتارة الى
اكثر من ذلك ويدخل في هذا القانا طير مرود رفيع يصل طرفه الى فتحة القانا طير
ومن هنا يتخذ الى فتحة التضاييق فان كانت هذه الفتحة على الجانب حسن ان يؤخذ
قانا طير طرفه مثقوب ايضا من جانبه لاجل نفوذ المروود في فتحة التضاييق وبعد
نفوذه يترك ساعة او ساعتين ثم يرفع وبعد يومين او ثلاثة يوضع بدله مروود اعظم منه
وهكذا يرجع مجرى البول لعادته في زمن قليل فاذا لم يتيسر دخول المروود الرفيع
في التضاييق ابقى مثبتا هنالك ملامس له وبعد بعض ساعات يدفع في التضاييق
قليل منه وهكذا حتى يدخل لان الغالب ان دخوله ممكن وهذه الطريقة قد
اخترعها دويترن * واختار بعض الجراحين بدل هذه القاعة ادخال
القانا طير القهري وهو ان يدخل قانا طير من فتحة صغير الحجم مخروطي الطرف
باحترام حتى يصل الى المانع ثم يوجه منقاره الى اعلى او اسفل او الى احد الجانبين
على حسب اتجاه فتحة التضاييق التي دل عليها القانا طير الاستقصاء ثم يجتهد
في مجاوزته المانع بالغمز بالرفق ثم يراذ بالغمز تدريجيا ويحرك منقار القانا طير
تحريرا كاحوا فوق محل التضاييق مع كبس خفيف حتى يقهر المانع مع الاحترام
في فعل ذلك كله ويكون مهتديا بالمعارف الثمينة المتقنة فان ذلك ربما حصل
منه امور ناجحة سر يعاوم معظم الصناعة في قهر تضاييق مجرى البول يكون في
اهتداء الالات اليه بلطف من غير هتك ومن غير تسبب في تهيج جديد وبالجمله
فينبغي ان يتوفى حس الانسجسة وتحرز عن جميع الاشياء التي تستدعي قوة

كيفية تثبيت
القائناطير المستمرة

او حر كان عنيفة فلذا كان ضرر وضع القائناطير القهري اكثر من نفعها *
واذا احتيج لابقاء القائناطير المستمرة في المثانة زمن اطول فلا ينبغي ان تكون
من معدن بل من صمغ لدن واخترع لذلك جملة طرق لا تتكلم الاعلى الاكثر
استعمالا منها وهو خمس طرق الاولى ان يلف على القضيب عصاة عرضها
قيراطان وطولها كاف لان يلف عليه ثلاث لغات او اربع ثم يؤخذ حبل مقنول
من ست طاقات او ثمان من القطن طوله ذراع ونصف يعقد وسطه على طرف
القائناطير قرب فوهة مجرى البول ثم يرد طرفا الحبل على القضيب ويثبتان عليه
فوق العصاة خلف الخنقة بعقدة ثم يلف على ذلك المحل باحد الطرفين لفة ونصف
وبالثاني نصف لفة ثم يعقد في الجهة المقابلة الاولى ويرجع بالطرفين على طرف
القائناطير ويثبتان هنالك بعقدة ثم يرجع بهما على احدى جانبي القضيب في المحل
المذكور ويثبتان هنالك بعقدة ويلف على ذلك المحل لفة ونصف بالطرف الاطول
وبالطرف الاخر نصف لفة ويفعل في الجانب الثاني للقضيب مثل ذلك فبذلك
تصير القائناطير مثبتة من الجهات الاربع ولا ينبغي ان يكون هذا الربط مشدودا
جدا لانه يسبب الانتصاب او احتقان القضيب واختناقه ولا مسترخيا لانه
لا يثبت القائناطير وهذا العيب احوج المعلمين لاختراع واسطة اخرى الطريقة
الثانية ان يؤخذ حبلان طول كل منهما ذراعان ويثبت وسط كل منهما في وسط
القائناطير بعقدة وطرفان منهما يثبتان في الجهة المقدمة بلقافة بدن موضوعة
على الخدع والاثنان الاخران يمر بهما من الجهة الخلفية على الجانب الانسي
للغذين ويثبتان في الجهة الخلفية في اللقافة المذكورة الطريقة الثالثة يكون
الحبلان فيها اقصر مما في السابقة ويثبتان في القائناطير كالسابقة والاطراف
تربط في حفاظي صفتين اي كل طرف من الاربعة يثبت في طرف من اطراف
الحفاظ الخلفية والمقدمة الطريقة الرابعة ان تؤخذ حلقة من خشب او معدن
اوسع من حجم القضيب قليلا ويدخل فيها القضيب الى ان تصل الى اصله ويثبت
حبل او اثنان كما ذكرنا في القاعدة الثانية او الثالثة على طرف القائناطير وكل
طرف من الاطراف الاربعة للحبلان يثبت في الحلقة على التقابل وباقي كل طرف

يثبت اما في لقافة البدن او في اطراف الحفظ الصفي الطريقة الخامسة فيبني لها ان تؤخذ قطعة من صمغ لدن ويفصل منها ست عصاب احدها يكون عرضه سدس قيراط او ربع وطوله كاف لان يحيط بالقضيب بدون ضغط زائد ويحيط طرفاه ببعضهما لتكون من ذلك حلقة والثانية تكون اقصر جدا من الاولى ويخلط طرفاهما ليتكون من ذلك حلقة صغيرة عن الاولى جدا وتكون سمها اقل من غلظ القاثا طير بقليل والعصائب الاربعة الاخرى يكون عرض كل منها لا يزيد عن قيراط وطولها كاف لان يعتمد من نصف القضيب الى ان يجاوز الفوهة البولية بنصف قيراط وتحاط هذه العصائب الاربعة من اطرافها في اربع نقط متقابلة في كل من الحلقتين ووضع هذا الرباط يحتاج لان تنفذ الحلقة الصغيرة في طرف القاثا طير الى الظاهر والكبيرة في القضيب وهذا الرباط يتفع لتثبيت القاثا طير تثبيتا جيدا وتوافق جميع حركات انتصاب القضيب في التمدد والاستطالة وفي تثبيت القاثا طير ينبغي التحرز عن ان لا تكون القاثا طير داخله جدا في المثانة ولا خارجة جدا عنها لانه ان كان منقارها غير نافذ في باطن المثانة سدت جدران العنق عيون القاثا طير فلا يخرج البول وان كان داخلا جدا فلاقي مع جدران المثانة وزاحها فربما ثقبها مع طول الزمن فليحترز من ذلك وينبغي ان يكون منقار القاثا طير مجاوزا للعنق المثانة بقيراط ونصف او قيراطين وينبغي ان يكون القاثا طير مفتوحا ومسدودا على حسب الحاجة فاذا اريد سدها سدت بسدادة من خشب الخفاف اذ غيره ويفتح في كل اربع ساعات ليستفرغ البول واما اذا كانت المثانة مصابة بشلل او انفلاج فينبغي ان تفتح القاثا طير كثيرا واما في النواصير والتهتك والجروح لهذا العضو فينبغي ان تكون مفتوحة دائما والقاثا طير التي من الصمغ اللدن ينبغي ان تغير في كل ثمانية ايام او عشرة لانها يلبس عليها مادة رملية او يتغير جوهرها

الكلام على بضع المثانة

من المعلوم انه يندر ان يستعصى احتباس البول عن جميع المعالجات وقد لا تنفع

الاشياء المضادة للالتهاب ولا القاتطير في استفرغ البول ويزيد الخطر وتتمدد
 المثانة وتنتهي بالانهيار او بالغنغرينا فيسبب عن ذلك انصباب قتال في
 تجويف البطن وحينئذ فتبغى عملية البضع للمثانة وتكون اما من الختلة او من
 الجحان او من المستقيم فالبضع من الختلة يكون المريض فيه مستلقيا على
 ظهره وجدران بطنه مسترخية والجراح يمسك باليد اليمنى بازلة كبيرة مقوسة
 يجعل تقوسها الى اسفل ويمسك سبابته على ماسورتها معلما به الجزء الذي يريد
 ادخاله منها وهو من ثلاثة قراريط الى اربعة ثم ينقذها من فوق العانة بقيراط
 ونصف على انحط الايض ثم بعد تنقذها في المثانة يرفع السهم باليد اليمنى ويثبت
 ماسورته بالايسام والسبابه والوسطى من اليد اليسرى ويميل المريض على جنبه
 ميلا مناسبا اليسهل به خروج البول وكلما استفرغ جزء من البول ينقص به حجم
 المثانة احتى الى زيادة ادخال الماسورة خشية ان يخرج طرفها منها فيحصل
 انسكاب في تجويف البطن وبعد استفرغ البول كله تسد الماسورة بسدادة من
 الخفاف وينقذ في حالتها صيوانها شريطان يلفان على دائرة الخوض لتثبيتها
 في المثانة ومن حيث انه بعد سبعة ايام او ثمانية يتكون على طرفها السفلى
 تحجرات بولية فينبغى ان يخرج وتبدل بقا ئاطير من صمغ لدن يتقدم من تجويف
 الماسورة واعظم ما يعترض به على هذه القاعدة ان الماسورة ربما خرجت من
 المثانة وذلك بسبب عنه انسكاب بول في التسريح المجاور

والبضع من الجحان يوضع المريض فيه كما في عملية الشق ويضع المساعد يده على
 العانة كابساها على المثانة ليسد فمها الى اسفل والجراح يقف بين فخذي
 المريض وينقذ بازلة طويلة تنفذ اقبيا في احد جانبي الجحان بعيدا عن الشرج
 بقيراط ثم يخرج السهم باليد اليمنى ويمسك الماسورة التي من الفضة باليد اليسرى
 فتستفرغ المثانة ثم يخرج الماسورة ويبذلها بقا ئاطير من صمغ لدن ينقذ من
 باطن الماسورة كما امر وتثبت بلصاقه يدين وهذه القاعدة عسرة جدا وتستدعي
 الاحتراس الرائد والمعارف المتقنة بهيئة وضع الاعضاء لئلا تصاب الحوصلتان
 المنويتان او مجرى البول والبروستة والمستقيم

والبضع من المستقيم يوضع فيه المريض كافي عملية انقطع الجهاقي والمساعد
يكبس يده اليسرى على المثانة ليدفع المثانة الى اسفل ويرفع الصفن يده اليمنى
ويقف بالجراح كما ذكرنا ويدهن سبابته اليسرى ويتفذه في المستقيم ويقتش
بها خلف البروستة على المسافة الكائنة بين الحوصلتين المنويتين وبعد ان
يجدها يثبت طرف اصبعه عليها ويدخل على باطنها بازلة مقوسة طولها من اربعة
قراريط الى خمسة باعلا تقوسها الى اعلى ويتفذه في المثانة ثم يخرج الاصبع
وبعد السهم ويبقى الماسورة مكانها ما سكاها باليد اليسرى حتى يستفرغ
البول وتبقى مثبتة كما ذكرنا حتى يسلك مجرى البول ويمكن ابداءها بقائطا طير من
صمغ لدن ثم يرال ويخرج البول من الجرح والبضع من المستقيم لا تعقبه اعراض
التهابية شديدة قد رما يعرض من البضع من الخثرة او الجحان ولا يعرض منه
انسكاب بول في النسيج الخلوي للعوض

الثامنة خراجات بولية

قد يحدث من ادخال القائطا طير باتجاه غير جيد او من اتساع المجرى من خلف
المانع بسبب زيادة احتباس البول هتك للمجرى فينسكب البول في النسيج
الخلوي للصفن وتحدث الغنغرينا في هذه الاجزاء وتعرف هذه الخراجات من
الاحوال التي تقدمتها ومن زرقة لون الجلد وسرعة امتداد الالتهاب وحينئذ
فينبغي فتحها سريعا واستفراغ احتقان الانسجة واستمرار وضع القائطا طير
اللينة في المجرى وانتظار ما تفعله الطبيعة من سقوط الخشكريشات ونظافة
المحل الصديدي والتهامه واذا كانت الفتحة صغيرة جدا ويخرج منها قدر يسير
من البول تكون من ذلك خراجات صغيرة جدا فينبغي ان تبقى فيها قائطا طير كافي
العارض السابق ويفتح طريق البول المنسكب

التاسعة نواصير بولية عجمانية

النواصير البولية العجمانية تنشأ في اغلب الناس من الموانع المانعة لخروج البول
ومن بعض عمليات الحصاة وتستدعي ادخال قائطا طير مستمرة في المثانة ليستفرغ

بها البول بدون عائق من غير ان يمر على الجدران الناصور فيقتد تقارب هذا
الجدران وتنضم وقد يحصل اندمال يحيط بالفتحات الغير الطبيعية فيمنع التماسها
ففي ذلك يستعمل وضع المليينات ووضع الارجل في الماء والضغط المناسب فهذا
يكفي على الاطلاق في ازالة الناصور وسده فان لم يكف ذلك فقد اوصى بعض
الجراحين بازالة الاجزاء المتدملة من حواف الناصور بالشرط ثم تضم الحواف
سريعا بعصايات لزجة وكذا بالخيطة ايضا واما في الناصور الذي معه زوال
جوهر فكان الطبيب الانجليزي كوبر يدعى حوافه ثم يفصل جزأ من جلد
الصفين ويضعه على جرح مجرى البول فيلتصق عليه وينسد محل زوال الجوهر
الذي كانت موجودا ووصى بعضهم ايضا بكي شفق الناصور لكن هذا في الغالب
لا يعين على الانضمام المطاوب بل يزيد في زوال الجوهر

العاشره نواصير مثانية مستقيمية

النواصير المثانية المستقيمية ربما حصلت من التهاب وقع في ذات الغصلة
المستقيمية المثانية او من هتكها او من بضع المثانة من هذا الطريق او من
تساقط بعض عمليات الحصاة على اى حالة فالصناعة انما يطلب منها تحصيل
الالتحام فلذلك اوصوا بكي شفق الانقصال بالجراجه في نظر القوة فعلة وذلك
بواسطة من ثمة لها فرجة في جميع طولها او فائا طير من صمغ لدن يثبت الكاوى
على جانب من طرفها وقد تنجح ذلك في بعض الاوقات ولم تنجح في بعضها واذا لم
تحصل فائدة من وضع الكاوى اول مرة فلا تنبغى اعادته لانه يوسع الناصور
وحينئذ فينبغى الاجتهاد في حفظ الصحة عموما وتدارك الالتهاب المزمن للامعا
او مقاومته فانه غالباً يكون سبباً للنواصير وكثيرا ما حصل شفاء هذا المرض
من المعالجة الحافظة لصحة المريض فقط

الحادية عشر خصامة بولية في النسيج الخلوى للعجان او الصفين

قد شوهد ارتشاح البول نقطة فنقطة من النسيج الخلوى للعجان او الصفين وتكونت
من ذلك حصاة واستخرجت بشق الجلد وينبغى في ذلك بعد العملية ان يوضع

للمريض قاثا طير من الصمغ اللدن حتى يصير التهام جرح مجرى البول والبلل
صليبا

الباب السابع في افات القضيب وهي عشر

الاولى امتداد قيد القضيب فقد يتفق ان القيد الضام للقلعة بالخشعة يكون ممتدا
جدا فينحني طرف القضيب الى اسفل عند الانتشار ولا يكون قد ف المني
مستقيما وهذه الافة الحاصلة في التركيب تزال بقطع القيد بالمقص واذا حصل
عقب هذه العملية نزيف حبس بكى فتحة الوعاء المنفتح وهذا الداء لا يوجد في
المختونين

الثانية اييس باذيس فقد يوجد في الرجال آفة تركيب تسمى اييس باذيس
وهي ان تكون فتحة مجرى البول غير طبيعية فتكون في الجهة العليا من القضيب
وتجاو زقوس العانة بقرب او بعد وهذا التركيب الغير الطبيعي نادرا جدا ويمنع
التوالد لعدم انزلاق المني في الرجم ولا علاج له لكن ان كانت الفتحة قريبة للخشعة
عولت بما يأتي فيما بعده

الثالثة ايوس باذيس فقد توجد ايضا آفة تركيب تسمى ايوس باذيس وهي
مقابله لما قبلها فان فتحة مجرى البول فيها تكون في الجهة السفلى من القضيب
وهذه الافة اقل ندرة مما قبلها والمريض فيها تارة يبول من الحبل المحاذي للنفرة
الزورقية التي هي تقع في آخر المجرى قرب الخشعة وقارة من محل يقرب الى اصل
القضيب وفي الاولى من هاتين الحالتين يحسن ان تثقب الخشعة بالة ثانية تنفذ
اما من رأس الخشعة واما من الفتحة وتثقب بها الخشعة ثقبيا ممتدا الى اصل المجرى
ويكفي بعد ذلك وضع قاثا طير لسد الفتحة الغير الطبيعية واستدامة ما فعلته
الصناعة والمعلم دبوترن تجاسر على استعمال هذه العملية عندما تقص المجرى
من جهته المقدمة نحو قيراطين ولا تمام هذه العملية استعمل بازالة ثم نفذ حديدة
محمية في القناة الحديدية وبغذ زوال الالتهاب الذي كان قويا وضع قاثا طير مستمرة
فالتحمت القناة الحديدية والناسور معاومتى كانت الفتحة الغير الطبيعية لمجرى

البول قريسة جدا من اصل القضيبي كان الصفن منقسما الى جزئين يشبهان
الشفرين الكبيرين ومن ذلك ظن وجود الخنثى في البشر

الرابعة وحود حصاة بوليسة في القلفة فقد يتفق ان فتحة القلفة تكون ضيقة جدا
ويتجمع البول في ذلك المحل قبل نخروجه ويمدده ويكون شيا ككيس تشكل فيه
حصاة كبر حجمها او صغروا وشوهد منها ما كان حجمه كبيضه الحمامة وبعضها
مشقوب الوسط واستخراج هذه الاجسام الغريبة يكون بشق القلفة وهي عملية
بسيطة سهلة

الخامسة الفيوزس وهو تضايق غير طبيعي يكون في فتحة القلفة بحيث
لا يمكن ان تأتي خلف اكيل الحشفة والغالب ان يكون خلقيا وقد يكون
عرضيا فينشأ منه انتفاخ التهاجي في الحشفة والقلفة كما يشاهد ذلك كثيرا
في المصابين بالداء الا فرجي وهذا الداء يمنع خروج البول ويعين على تكوين تحجرات
حصى حوالى الحشفة ويهيى القلفة والحشفة للتقرح بدوام حبس المواد
الشخصية المتكونة تحت العانة من حادية البول ويمنع نمو القضيبي ويعوق عن
الجماع وكثيرا ما يكون سببا للبرافيموزس ولا زالة هذا الداء ينبغي شق القلفة بمشرط
مهدي على محض قنوى او ترال بالختان * وعملية الختان معروفة قديما ومستعملة
في قبائل كثيرة على سبيل السفية وتكون بقطع جزء من القلفة او جميعها
والجراحون الان اى من اهل الاوربا انما يستعملونها اذا كانت القلفة زائدة في
الطول جدا وفيها سرطان وكيفية ان يمسك المساعد اصل القضيبي ويجذب
الجراح القلفة نحو حقه تبعد عن الحشفة ثم يقطع الجزء الذي يريد قطعه كبيرا
كان او صغيرا بالمشروط او المقص ولا يجذب الا القدر المحتاج اليه في كشف الحشفة
فقط فان جذب الزائد عن ذلك خطر يسبب اعراضا خطيرة وربما غنغرينا
العضو كما شوهد ذلك مرات عديدة بدون ان يحصل من ذلك نفع ولا تحصيل
للسفية ولا للحمية والقاعدة المستعملة عند المشرقيين اى بلاد الاسلام في عملية
الختان هي الجيدة وهي ان يمسك القلفة بجفت يسمى اللازم ويتعامل عليها
بقوة ويقطع بالمشروط من امام اللازم فبذلك يؤمن على الحشفة من اصابتها

عملية الختان

وتتعلق هذه العملية بمرحلة ومما يلحقه بسببته فيكون بعد العملية
يخرج بنسالة رفيعة قائمها اختسارية من الذرورات المهمة والكافية
التي تستعملها بجهة الخلاقين وفي المراحل الأولى من العمل إذا أخذ العمل في التفرع
من وسط النسالة يخرجهم باليسر ثم وضع على المخرج ذلك كاف في التمام
السواءية البرافيموزس وهو اختناق الحشفة من زيادة ضيق فتحة القلفة وهذا
التي يترتب عنها كثير المصائب بالبرافيموزس أي ضيق فتحة القلفة وذلك عند
ما تنفس القلفة خلف قاعدة الحشفة بقوة شديدة من حركة الجماع أو حركة أخرى
فيشكون من الفتحة الضيقة العملية للقلفة أسفل قاعدة الحشفة نوع رباط تختنق
به هذه الجهة ويحسبون سبباً لا تتغاضها وربما وقعت في الغنغرينا فينبغي
الجراح أن يجتهد في تنقيص حجم الجزء المنتفخ وإرجاع الحشفة إلى أصلها ورد
القلفة عليها وإذا لم تنجح معالجته ذلك قطعت الحوية المتكونة من القلفة بالعرض
واستعملت الأشياء المضادة للإنتهاب العمامة والموضعية حتى تزول جميع
الأعراض الانتهاية

السابعة الأجسام الغريبة التي يكون موضوعاً فيها القضيبي قد يتفق للشخص
زمن رعونة الشبق أن يدخل قضيبه حال خلوته بنفسه في أجسام حلقية ينشأ
من ذلك انتفاخ في الجهة المقدمة منه واختناق مؤلم يهينه للغنغرينا فينبغي
حينئذ كما في البرافيموزس أن يجتهد في تنقيص حجم الجهة المنتفخة وتخليصها
من تلك الأجسام فإن لم ينفع ذلك فصلت بالمبرد أو بالمفشار أو بالسكاشات المقاطعة
أو بإي آلة كانت مع الاحتراز عن إصابة القضيب بهذه الآلات ما أمكن
لشامة سرطان القضيب فسرطان القضيبي كبقية أنواع السرطان التي تظهر
في أي جهة من سطح البدن تارة تبتدي برزيعت به المريض في وجهه وتارة يكون
عقب قرحة تظهر بعد الجماع وقد ينشأ من أسباب أخرى وقد شوهد أن أغلب
المصابين بهذا الداء المرهب أصيبوا بقروح في الحشفة وبالبرافيموزس وهذا النوع
من السرطان يعرف بالصقات التي تتميز بها بقية سرطانات البدن وإذا لم تنفع
جميع المعالجات التي أشاروا بها للمقاومة التهييج والتحصيل التحامات الجروح

التحاما صلبا يتر العضم وحفظ الحياة المريض والجهاز الذي يجهز لهذه العملية
 مشروط ذو نصل مستقيم طويل وجفوت واخيلة مشبعة وقائا طير من صمغ لدن
 ونسالة ورقاندة ولقافة نائية من دوجة والمريض يكون مضطجعا على الجانب
 الايمن من السرير والجراح يقف في تلك الجهة ويمسك باليد اليسرى الجزء الذي
 يقبض قطعه من القضيبي ويقطعه دفعة واحدة قطعاً كاملاً ويحبس النزيف من
 الشرايين الرئيسية بربطها ويكبس على الاجسام المجوفة فذلك كاف في حبس
 الدم السائل منها ثم يتخذ القائا طير في المثانة ويثبتها ليبقى مستمرا ويغطي الجرح
 بجهاز بسيط يثبت باللقافة التائبة المزودة

التاسعة غنغرينا القضيبي فغنغرينا القضيبي لا تستدعي قطع الجهة المصابة
 منه بل يترك لطبيعته وينتظر ما يحصل فيه من ذاته من انفصال الجزء الميت عن
 الأنسجة الحية

العاشرة ينور بزما الاجزاء المجوفة فالانساع الا ينور بزما في الاجسام المجوفة
 نادر جدا ويقاوم بالراحة وبالوضعيات الباردة والقابضة

الكتاب الرابع في آفات اعضاء التنفس وما يلزم لها من العمليات

لما كانت آلة الصوت التي هي الخنجرة موجودة في الطرف العلوي من القناة
 النسائية لدخول الهواء وتخرج منه حسن ان تضاف آفات والعمليات اللازمة
 لها للآفات التي تخص اعضاء التنفس لتكون منحصرة ايضا في هذا الكتاب

الباب الاول في آفات الخنجرة والقصبه وهما عشر

الاولى الجروح

تفرق الاتصال بالعرض في جدران الخنجرة والقصبه غير خطرو ولا يستدعي من
 المعالجة غير ربط الاوعية وامالة الرأس الى الامام نحو الصدر بالرباط المثني للرأس
 الا في وخم شفتي الجرح ضمنا محكما بالعصايات الزيجية وبعض غرز من الخياطة
 المتفرقة والركن الاعظم في ذلك هو امالة الرأس وجروح الخنجرة قد تكون مصحوبة

بتريقه عزير فاذا نزل الدم في هذا العضو تسبب عنه سعال شديد مع اختناق خطر
ثم يخرج من القم او من الجرح كرموة جربوا سطة قوة الهواء التي بها يتقلب الى
الخارج ففي هذه الحالة يلزم اظهار الوعاء الحاصل منه التريق وربطه ولو توسع
الجرح ان اضطر اليه فان لم يمكن الربط كبس على الجرح كبس خفيف بقطعة من
الصوفان فان لم يكف ذلك اضطر الى كيسه بزر من نار يوضع على فوهة الوعاء
واذا اصبحت الخنجرة من اسلحة نارية وجب ان يخرج سريعاً الاجسام الغريبة
والاجزاء العضوية التي مكثها في الجرح بورث اعراضا وان يحترس زمن المعالجة من
سقوط الحشريات او الاجزاء الغضروفية التي عدت الحياه في المسالك
الهوائية واعظم ما يهتم به في جميع جروح الخنجرة بعد اتمام العمليات الاولى
ان يمنع حدوث التهاب شديد بواسطة الحية الشديدة وراحة الذهن والجسم
والاستفرغات الدموية العامة والموضعية * والرباط المثني للرأس ان ثبت
قلنسوة على رأس المريض بواسطة طيات من القفاة ثم توضع رقادة تحت الذقن
لتمنع حركات الفك الاسفل ثم تؤخذ عصابتان طول كل منهما ذراع ونصف
يثبتان على جانبي الحية ببعض لغات من القفاة المثبتة للقلنسوة بان يجعل
بين كل لغتين طاقا من العصابة والطرفان النازلان على الصدر من العصابتين
يثبتان على الصدر بلفافة بدن مثبتة بحفاطين من تحت الفخذ

الرباط المثني للرأس

الثانية الاجسام الغريبة

كثيرا ما تنفذ في القصبة اجسام غريبة كالسائلات او الاجزاء الغذائية المزدرة
زمن اخذ النفس او بعض قطع معدنية او فول اولوياسا ونحو ذلك وكثيرا ما يقع
ذلك للصغار وعند استقرارها في العضو ينشأ عنها سعال تشنجي شديد فالاجسام
الصغيرة الخفيفة منها وكذا السائلات تنفذ سريعاً الى الخارج وبعد دقائق
قليلة ترجع للمصاب الراحة والسكون والاجسام التي لا يمكنها الرجوع
الى الخارج ينشأ عنها شدة سعال مع قطع نفس واختناق وكدر شديد فيحمر
الوجه ويتنفخ وكذا العين ويحصل للمصاب قلق عام في اعلى درجة ويستقيم

ذلك بعض دقایق فيظهر ان المريض صار في اشد خطر وقربا للهلاك ثم تسكن
 التنوية وترجع حركة النفس الى عاداتها ويرجع الشخص الى حالة راحة وسكون
 يستمر زمنا ثم تعود الاعراض بشدة قوية وسبب هذه الفترة الحاصلة في اثناء
 مايج السبب الذي يظهر دوام تأثيره ان الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية
 اعتاد على مماسة الجسم الغريب وعود الاعراض يكون من انتقاله من المحل
 الذي وقف فيه الى غيره لان الجسم بعد تقبله في المسالك يقف في جهة من الجرى
 الهوائية اما في الجهة السفلى او نحو الشعب فان كان خفيفا كان الى اعلى وان كان
 ثقيل كان الى اسفل وقد شوهد في بعض الناس من هذه العوارض من استمرت معه
 الاعراض متوالية وسببت الهلاك في ايام قلائل وفي بعض خلاف ذلك وهوان
 الاعراض تذهب ثم تعود في زمن طويل او قصير وهلك المريض بالتهاب حنجري
 من من ثم ان كلامنا من الاحوال المذكورة والاعراض الحاصلة للمريض وحسه
 بتنقل الجسم الغريب في القصبة يمنع الغلط في تشخيص الداء فينبغي سريعا فتح
 الجرى الهوائي واستخراج الجسم الغريب المنحصر فيه وذلك لا بد منه ولو كانت
 الاعراض خفيفة والفترات طويلة جدا فانه لو اهمل اخراج الجسم الغريب
 كان المريض معرضا للهلاك يقيني قريب ويعيد اما بسبب الاختناق وعدم
 التنفس او بسبب آفة العضو ولذلك ينبغي فتح الحنجرة او القصبة او هما معا على
 حسب حجم الجسم الغريب ومجلىسه

الثالثة انسداد المزمار

سبب انسداد المزمار اما التهاب حاد واما اوديما فيه وليس وجود الاجسام الغريبة
 وحده هو الذي تكون عنه الحالة التي تستدعي الاضطرار الى العملية فان
 الالتهاب الحاد في البلعوم قد يمتد الى المزمار قترم حوافيه ويصير دخول الهواء
 ونخروجه عسرا جدا او متعذرا وكذا الارتشاح المصلي من النسيج الخلوي الذي
 تحت الغشاء المخاطي للحنجرة المسمى بالحنثاق الاوديما وياوديما المزمار فانه
 يتسبب عنه ايضا احتباس النفس والاختناق وحيث قد فها تان الحالتان توجبان

ايضا الاضطراب الى فتح مسالك غير طبيعي فيستدعي ان شق المجرى الخنجري القصبي
ولهم في ذلك ثلاث قواعد شق الخثرة او شق القصبة او شقهما معا في مرة واحدة
* اما الاول وهو الشق الخنجري ويسمى القطع الخنجري اي فتح الخثرة فينبغي فيه
ان يستلقي المريض على ظهره وصدره مرفوع ورأسه مثبتة ومائلة الى الخلف
قليلا ويجهز له مشرط مستقيم واخر ذو زور ومقصات وجفوت واخيطسة
مشمعة واسفنج ونسالة ورقائد فاذا اريد ابقاء الجرح مفتوحا استحضر على
ما سورة من فضة او من رصاص او من صمغ لدن وهي اولى اذا اريد ابقاؤها مدة
فان فقد ذلك كفي الجزء الفارغ من ريشة نحو آوز وينبغي ان تكون قصيرة لئلا
تمس الجدار الخلق للقناة الهوائية فتتبع سهولة من وراء الهواء ثم ان بعض الجراحين
يستعمل انبوبة مستقيمة وبعضهم منحنية وهي اولى لتوافق انحناء القصبة
ويكون طول تلك الانبوبة قيراط وفيها ثقب طح وعرضها يكون من جزئين من
قيراط الى ثلاثة اجزاء وفي احد طرفيها حافة بارزة مثقوبة ثقبين * وكيفية العملية
ان يقف الجراح على يمين المريض ويشق الجلد من امام العنق بالطول شقا عمدا
من الجهة الوسطى وهي البارزة من الغضروف الدرقى الى الحافة السفلى من
الغضروف الخلق ويبعد الالياف والعضلات الوحشية القصبة اللامية والقصبة
الدرقية الى الجوانب لينكشف الغشاء الخلق الدرقى ثم يبحث في الجرح بسبابة
البسري مستقصيا بها على سطح هذا الغشاء وبلتفت بنظرها الى اسفل ليهدي
عليه المشرط ويشق به بالعرض ويوجد على الغشاء الخلق فرع شرياني غليظ منتشر
فيه ويسهل التحرز عن اصابته بكون الشق قريبا للغضروف الدرقى موازيا لحافته
السفلى والى هنا تمت العملية اذ الم يرد الا فتح طريق للهواء * وينبغي لاجل
ان يبقى الجرح مفتوحا ان تغذيه الماسورة وينفذ في ثقبها اشربة
لتثبيتها وهذا الجسم الغريب قد يهيج المجرى الذي هو موضوع فيه اذا طال وضعه
فيه ويسهل تدبير ذلك بوضع رقائد بين الجلد وشفحة الماسورة وربما ترك الجرح
بالكلية ويمنع نفوذ الاجسام الغريبة الطائرة في الهواء بوضع قطعة من الكريشة
مهاكمة النسيج على الماسورة فانها لا تعوق دخول الهواء ولا تخرجه وينبغي

كيفية العملية

معالجة المريض
اذا لم يرد الا فتح
طريق للهواء

إذا وقف جسم في
للسالك الهوائية
وجب إخراجها

ان يجتهد في اصلاح هواه مسكن المريض حتى يكون حاراً رطباً قليلاً لان ذلك
صفة الهواء حال دخوله في الحفرة الانفية زمن العجة * وإذا انحصر جسم
في السبيل الهوائي اخرج من الشق الذي فتح فان كان غير متشبث فالغالب
ان يخرج من الجرح بقرقعة او يقف في فمحه وحينئذ يسهل مسكه باللقاط
او بكلاب لاسن له فان كان كبير الحجم لا يمكن إخراجها او قوى تشبثه بالبطون
الخنجيرية وعسر إخراجها بالجفت وبغيره وجب مدشق الجلد الى اعلى حتى يوصل به
الى العظم اللامي ثم نفذ في الخنجر من المشرط ذى الزر وادبر حده الى اعلى وشق به
على الخط المتوسط جميع الغضروف الدرقي طويلاً ونفذ فرداً بالجفت فيما بين حافتى
هذا العضو ليوسعها حتى يفتش على الجسم الغريب ويخرج بسهولة
واما الثالث ويسمى القطع الخنجري القصبي فاذا لم يكف الشق الاول الكاثر في
الغشاء الحلقى الدرقي او كان الجسم الغريب اسفل منه فقد اوصى المعلم بوني على
تطويل شق الجلد الى اسفل وشق الغضروف الحلقى وقدر كافياً من الدوائر
العلية القصبة الرئوية بالمشرط ذى الزر الذى التفت بحمد منحو القص ويستعمل
ايضاً لتمام هذه العملية مقصات صلبة منخنية انحناء موافقاً لحولها اي
فتكون منخنية على جانبها

واما الثانى ويسمى القطع القصبي اى قطع قصبة الرئة فهو ان يشق الجلد من الجهة
السفلى للحنجرة الى الجانب العلوى للقص ثم يشق النسيج الخلوى وتبعد الالياف
الانسجية للعضلات التى تمتد من القص الى العظم اللامي والغضروف الدرقي وبعد
كشف القصبة يغمز الجراح بظفر سبائته بين قوسين من اقواس هذا المجرى
ويفتحهما بشق طولى ليقطع عرضهما طويلاً من اعلى الى اسفل بسن مشرط
او مبضع واذا تبين ان هذه الفتحة غير كافية مدها في طول القصبة الى اعلى
والى اسفل قاطعاً بذلك حلقتين او ثلاثاً حتى يمكن خروج الاجسام منها وقد
اخترع بعض الجراحين بازلة مببطة جعلها بعضهم مستقيمة وبعضهم جعلها
مقوسة يشق بها الجلد والقصبة معاً في مرة واحدة وعيب هذه الالة انه يخشى
منها اصابة الجدار الحلقى للقصبة واصابة الاوعية بدون ان يمكن ربطها لانها

لا توسع شقي الجلد فهي لا تنفع الا لتنفيذ الهواء ولذلك تركت الان بالكلية
 * واذا عرف بالعلامات الاحكام كيد وجودة جسم غريب في المسالك الهوائية
 ولم يكن الشق كافيا لاجراجه ولم يفد الاجتهاد لثباته عو الخ المريض معالجة بسيطة
 فان المعلم دبو يترن وجد في اليوم الثاني تحت جهاز الجرح الجسم الغريب الذي
 كان اجتهد في اخراجه ولم يخرج ثم اذا خرج الجسم اجتهد في ضم شقي الجرح
 * وقد كان اوسى ايسوقراط بان تدخل في بعض الاحيان ما سورة في الفتحة
 العليا الخنجره ثم رلد ذلك ونسي حتى ارجعه ديسول وهذه الماسورة قانا طير من
 صمغ لدن يكون جرمها وشكلها مفرطها لتكون بذلك سهلة الدخول والاستمرار
 من غير ان يحصل لشقي المزمار مشقة من ذلك وكيفية ادخاله ان يفتح الفم جدا
 ويذهب بالسبابة والوسطى من اليد اليسرى الى الفم الخلفى ليهدي عليهما طرف
 القسا طير ويوجهانه نحو الخنجره وفي اول الامر يكون ذلك شاقا على المريض
 ثم يكاد ان لا يحسن به وهذه الالة لا تناسب اذا كانت الاعضاء ملتبته ولا تناسب
 الا الاشخاص المصابين بالحناق الاوذيمي ونفعها لا يجزم به الا في الاسفيكسيا
 كبارهن عليه الماهر شوسيه لانها تنفذ هواة ثقي في الرتين والاسفيكسيا بطلان
 جميع الافعال الحيوية

ما يفعله الجراح
 اذا تعذر كشف
 الجسم الغريب

ما يستعمل عوضا
 عن فتحة المسالك
 الطبيعية

واما تشريط حواف المزمار المنتفخة فان المعلم ليسفرن تحسن عنده في الحناق
 الاوذيمي تشريط حواف المزمار بشرط ليخرج السيل المرشح ودها وكيفية
 عملية ان يؤخذ مشريط ذو نصل طويل فيه تحذب قليل وله يد ثابتة وتلف عليه
 خرقة الى قرب سنه بقمعة ثم يفتح فك المريض بقدر ما يمكن ويحفظ فتحهما بوضع
 قطعتين من الخفاف بين قوسي الاسنان وتثبت رأس المريض على وسادة او على
 صدر مساعد ويقف الجراح امام المريض ويدخل السبابة والوسطى من يده
 اليسرى في فمه حتى يجاوزهما ملتقى الفم بالبلعوم ويأني بهما على الحوية المتكونة
 من الحناق فيثبت بمسك المشريط من يده كما يمسك ريشة الكتابة وينفذه مسطحا
 على اصبعيه فاذا وصل الى الخنجره التفت بجده الى الامام رافعها مع ذلك يد المشريط
 غامر ابسنه على الخنجره برفق فيبضع في اول الامر بضعات قليلة اذ كثيرا ما يكفي

بواسطة الكبس بضعتان لوثلاث ويضع البضع ان احتيج اليه ويجتهد في
تبعيد البضعات عن بعضها ما يمكن لمنع الالتهاب وهذه الكيفية لاتسلم من
العيوب نظرا للتشجبات الشديدة الناشئة عنها في عضلات البلعوم واصل
اللسان وربما زادت تلك التشجبات من الالتهاب الذي قد يكون اشد خطرا من
الارتشاح الذي يراد مقاومته وانا اظن ان تشريط الغشاء الحلقى الدرقي يقدم
على هذه الكيفية نظر البساطته وسهولة اتمامه وتايجه وقلة الافات المتسببة عنه

الرابعة الجوتسواكي ورم الغدة الدرقية

والجوتسورم يكون امام الخنجره والقصبه غير مؤلم ولا يتغير معه لون الجلد
ويكون من ترايد في حجم الغدة الدرقيه ثم ان التغيرات المختلفة التي تحصل في
الجسم الدرقي المسماة بالجوتسورم وقع فيها في زما تها هذا اضطراب كثير فليس على
نوعين فقط كما رعم المعلم ريشرن بل هو انواع كثيرة ودائما هو نتيجة التهاب من
يحدث منه في الانسجة المصابة به صفات مختلفة فتارة يتكون هذا الورم من
زيادة تغذية الجسم الدرقي وتارة يرشح في جوهر نسيج هذا الجسم سيال لزج اشهب
غير شفاف وتارة يستحيل الى كتلة شحمية اوليفية او غضروفية وربما كان جزء
منها عظمية وقد تنحصر في هذا الورم كياس مصلية او ديدانية كروية الشكل
وكثيرا ما يالتهب هذا الورم ويستحيل الىخراج او الى ورم دموى وهذا الداء يكون
جنسيا في بعض بلاد الاوربا كبعض بلاد السويد وسويسرا والبوشناق واكثر البلاد الباردة
الرطبة وقد يكون موروثا والى الآن لم يمكن الوقوف على معرفة حقيقة الاسباب
المحدثة له ولكن يترأى بحسب الظاهر انه يحصل من السكنى في الاماكن الرطبة
القليلة الهواء كالاودية التي بين الجبال الشامخة واكثر وجوده في اللينشاوين
والمصابين بداء الخنازير والنساء اكثر استعدادا له من الرجال وينسب حدوثه ايضا
لاستعمال الاغذية الغليظة الرديئة الهضم واستعمال الماء الحامل لسو لقات
الجير والمياه الاتية من المحال المتحلل فيها الثلج * ولا بد في كل نوع من هذه
الانواع التي لا يتحقق اكثرها الا بعد الموت من المقاومة بالاشياء التي هي اقوى

فعلا في ازالة تهيج الجسم الدرق فينبغي اولا تبعيد الاسباب التي اظهرته كالتباعد
عن الاماكن التي يكون فيها هذا الداء جنسيا والسكنى في الاماكن المزدحم منها
فان لم يتيسر ذلك استقصى عن الاسباب التي احدثته واجتهد في مقاومته
بالوسائط الشفائية الممدوحة جدا في هذا الداء كالاسفنج البحري المكلس بان يؤخذ
من رماده من عشر قمحات الى ثلثي عشرة ويكرر ثلاث مرات في النهار وكاليوديوم
المستعمل من الباطن بكمية يسيرة من ثمن قمحة الى قمحة واستعمال
الصابون من الباطن ايضا وكاربونات القلي والمياه القلوية والاكبريتية وغير ذلك
ومن الظاهر يكرر ارسال العلق والضمادات المليئة اذا كان هناك تهيج قوي
واوصى على الترخيم بالريوت الكافورية والصابونية ومرهم اليوديوم دلكا
واوصى ايضا على الضغط عليه بصفحة من فولاذ اورصاص ولا تنبغي العملية الا اذا لم
ينفع استعمال جميع هذه الوسائط فان كان مكوونا من ترديد حجم الجوهر الدرق
نفعه الجوهر البسيط المسمى باليوديوم نفعا عظيما خصوصا اذا ذلك به من الظاهر
مع جلونة الورم في ذلك الوقت اى استعمال الالة المنسوبة للمعلم جلاواني حتى
تؤثر فيه تأثيرا كهربائيا * والالتهاب الحاد في الجسم الدرق المنتفخ قد يسبب
عنه استحالة الورم الى صديد وقد يحصل هذا العارض في بعض الاشخاص من
تقدم التهيج المزمن وعلى كل حال فلا يفتح الخراج الا اذا تكامل تقيحه وعم جميع
الجهات المتهيجة * واذا كان الجوتسو ممتلئا باكياس ديدانية ويعرف ذلك
من شفاافية السعال وعدم تلونه حال سيلانه عقب الشق الاول يبغي توسيع الجرح
والاجتهاد في اخراج جميع الاجسام الغريبة منه وان كان الورم منقسما الى
اكياس ممتلئة بسعال او كان الورم رخوا فالحزم نافع لاستفراغ ما احتقن فيه
استفراغا كاملا ويحصل بآلة طويلة قاطعة وتكون مبططة ومقوسا احد سطحيها
وتنقذ من اعلى الى اسفل في مركز الدرقية جاذبة معها قتيلا من نسالة يبقى مدة
في المحل فان كان الورم عظيما او مقسوما الى قسمين جانيين وجب عمل خزامين
والمعلم يرسيه وفودره ودبوترن عملا هذه العملية وحصل على ايديهم منها نجاح
عظيم وهي مفضلة على الكاويات التي مدحها جملة من المعلمين وهذه الكاويات

عمليات قديستدعيها
الورم

الاول فتح الخراجات

الثاني خزمه

لا تستعمل الا اذا احتيج لفتح خراجات باردة ظهرت في الورم واذا اغتر جراح
 باسترخاء ورم درقي وبتوج ظاهر غير حقيقى ونفذ فيه مشرطا ولم يخرج منه الا دم
 قليل اخرج وجب عليه ان يضم الجرح سريعا فان هذا النوع من الجحوش ومكون
 من فطر دموى واذا بقي مفتوحا تضاعف هذا الفطر في الخارج وبرز وحصل منه
 نزيف دائم مهلك للمريض سريعا ومن النعمة علينا ان هذا النوع في هذا الداء
 نادر * والاستئصال الكلى للدرقية المستعمل في بعض الاحيان غير ناجح وغير
 موصى به ويمكن قطع بعض اجزاء من هذه الغدة اذا تكونت الى اورام منفردة
 عنها ومتحركة وربما كانت ذوات سوق ويسهل ايضا استئصال التولدات الليفية
 المحدودة المنحصرة في الغدة ما جميع الجسم الدرقي فلا يستأصل فان اضطر الى
 استئصاله ينبغي بعد اظهار الورم ان يستقصى عن الشرايين الاربعة الدرقية
 وتربط ثم يتم الكسـط ولا تقطع الاوعية الامن بين رباطين وانا اظن انه ينبغي
 ان لا يقرب الورم بالة لان الاوعية منبثة ومتفرعة فيه كثيرا وذلك يصير النزيف
 فيه متجددا دائما بل يبعد بالشق عنه ليصل الى الجذوع الشريانية التي هي اقل عددا
 من فروعها واسهل وجودا وربطها قبل الاستئصال * وفي ايامنا هذه قد اخترعت
 واسطة يرال بها الجسم الدرقي المتورم والجهاز لذلك يشتمل على آلة كابسة وجملة
 من الات شادة العقدة المستعملة في البوليبوس وعلى حبل مكون من خيوط
 كان مشبعة او سلك رفيع من نخوفضة وعلى جملة ابر غير مبسطة السن لثلاث فتح
 الشرايين فتحا واسعا وعلى مشرط * وكيفية العملية ان يشق الجلد اولا على قدر
 الحاجة حتى ينكشف الورم ثم ان كان الورم صغيرا ذاساق تربط رباطا واحدا
 وان كان كبيرا ذاقاعدة عريضة نفذ في قاعدته حبلان من جهة واخران من جهة
 اخرى امتصا لباثم تربط الورم من جهاته الاربعة وتشد عليه الاربطة تدريجا
 حتى يتكامل تغغره ويسقط وهذه الاربطة اما ان تربط سعافى آن واحدا وعلى
 التعاقب في ازمان متعددة على حسب العوارض التي تحصل وتحمل المريض
 ومتى ماتت هذه الاجزاء فلا ينتظر سقوطها من ذاتها للتلايطول الزمن بل يعمل
 عليها بالقطع بالمشرط ومعالجة الجرح بعد ذلك سهلة فان بقي بعد هذه العملية

استئصال الغدة الدرقية

ربط الكتلة الدرقية

كيفية العملية

شي من الورم ازيل بالكي وهذه العملية يظهر انها اجود وانجح من بقية العمليات

الباب الثاني في آفات الصدر وهي سبع

الاولى جروح الصدر البسطة

جروح الصدر وقد لا تصيب الا جدراته فقط وقد تنفذ في جوف الصفاق المستبطن للصدر وقد تغوص في جوهر الرئة كثيرا او قليلا وتؤخذ علامة النفوذ من دخول الهواء وتخرج المتعاقبين في الجرح على هيئة ما يحصل في المنفاخ وقد تعلم من خروج دم رغوى من الجرح وتحقق اصابة الرئة بان يحصل مع هذه الاعراض نفث دم كثيرا وقليل نعم قد توجد آفات رئوية غائرة جدا ولا يكون معها نفث دم ثم ان معالجة هذه الجروح لا ينبغي فيها زيادة الاعتناء والاهتمام بمعرفة كونها نافذة في تجويف الصفاق المستبطن للصدر او غير نافذة فيه بل اذا كان الجرح بسيط اعنى غير مصحوب باعراض خطيرة يؤمر المريض بالراحة الكلية والاستقرائات الدموية العامة والموضعية على حسب شدة احوال الجرح وتوضع عليه قطعة من صندل مصمغ اذا كان وخزيا وتضم حافته بدون واسطة اذا كان شقا قليل الامتداد او كثيره فهذه هي المعالجة الموضعية اللازمة للجرح ثم توضع عليه لفافة بدن تشد على الصدر شد معتدلا وتحيط به لتحدد بذلك حركة الاضلاع

المعالجة

الثانية جروح الاسلحة النارية

الاجسام الجارحة من الاسلحة النارية النافذة في الصدر يحصل منها دائما آفات خطيرة وتستدعى من الجراح سرعة الاستقصاء عن تلك الاجسام المقذوفات على فئات عظام الاضلاع وقطع الخرف وغير ذلك من كل جسم غريب يكون محتفيا في الجرح وينبغي لتحصيل هذه الغاية ان تشق الجروح شقا طويلا فان احسن بالرصاصة بعد نفوذها في محل تامن الصدر في الجهة المقابلة لمحل النفوذ حسن شق الاجزاء الرخوة المغطية لها واستئصالها فحدث من ذلك فتحة مقابلة للاولى وقد يضطر لهذه الفتحة اذا ظهرت بورة صديد في محل بعيد عن الجرح وعمما هو عظيم

النفع في مثل هذا العارض الشديد الخطر استعمال الاشياء المضادة للالتهاب مع
 المداومة واذا حدث طريق طويل في الصدر وانحصرت فيه اجسام غريبة من حركة
 او عسر خروج الصديد المنفرز من جدرانها فربما كان تنفيذ خزام في ذلك الطريق
 نافعا لکن ينبغي انخراج الجسم الغريب اذا اخذ التقيح في التناقص لان وجوده
 يعوق عن تقدم الالتحام

الثالثة كسر الاضلاع

كسر الاضلاع يحصل من سقطة او ضربة قوية بجسم صلب والغالب ان يكون
 في الجهة الوسطى من تقوسها والكسر يكون في ضلع او اكثر في آن واحد
 او في آثات والضلعمان الاولان اقل تعرضا للكسر من غيرهما لانهما موصوبان
 بالترقوتين وبالعضلات وكذا الضلعمان السفليان اي المعوجان لتحركهما وما بين
 ذلك معرض له اكثر والكسر اما ان يكون واصلا او غير واصل فالواصل هو الذي
 يكون فيه الكسر في محل اصابة الجسم الكاسر وغير الواصل هو الذي يكون فيه
 الكسر في غير محل الاصابة كما اذا كبس على طرف الضلع فانكسر من الوسط
 والعلامات التي تدل على الكسر هي الالم الشديد في محل الكسر وعسر التنفس
 وتزايد الالم من اخذ النفس ورده وسماع المريض قرقرة في بعض الاحيان من
 احتكاك الكسور في بعضها وفي هذه الحالة اذا وضع الجراح اذنه على المحل سمع
 تلك القرقرة واذا وضع اصبعه على الضلع المكسور يعرف من عدم تساوي سطحه
 ومن حركات المنكسر ان فيه كسرا والواجب فعله على الجراح حيثئذ تقرب
 الاجزاء المنكسرة الى بعضها وحفظها على هيئتها الطبيعية وحفظها بالكبس
 على الصدر حتى لا تتحرك الاضلاع بحركات التنفس فان كان الكسر في الاضلاع
 بسيطا اي لا يروى فيه لم يستدع سوى وضع رفاة درجية سمكة مغموسة في
 سيال محلل كروح العرق والعرق الكافوري على المحل المصاب وثبت بلقافة بدن
 مشدودة شدا معتدلا واذا دخلت الاجزاء المنكسرة في الباطن كما قد يحصل ذلك
 في الكسر الواصل فلتوضع الرفاة على طرف الضلع المنكسر ويضغط عليها وهذا

الضغط الحاصل من هذا الرباط يؤثر في طرفي الضلع المتقابلين فيزيد في تقويس الضلع وطرفا الكسر حينئذ يدل ان يذهب الى الباطن يذهب الى الخارج اما اذا كان بروز طرفي الكسر الى الخارج من اسفل الجلد فانه يرد الى الباطن بوضع رقائذ سمكية من دوجة على الجزء البارز هذا ما على الطبيب ان يفعله والطبيعة تتم تجبير الكسر وصلابة التئامه وحذق الجراح يكون في تحديد حركة الاضلاع وفي تداركها ومقاومة الالتهابات الباطنة التي تصحب الكسر غالبا

الرابعة كسر القص

كسر القص نادر جدا ويصدر من سقطة او ضربة قوية على الصدر وقد يحصل من تمدد فخاقي في الجذع بسبب تقويسه الى الخلف وتسهل معرفته بوضع الاصبع على السطح المقدم للقص فيحس ببروز واحد او اكثر على حسب كون الكسر في محل واحد منه او اكثر وتحركه فحركة كالم يمشي فيه من اصل الحلقة ويستشعر المريض بالمشد من حركات التنفس ويقرقرة من حركات الاجزاء المكسورة ببعضها والمعالجة الجيدة لذلك تجبيرها سر يعاين جميع طرفي الكسر الى محلهما الاصلين سيما اذا كان واحد منهما بارزا الى الباطن فان كان كسر القص بسيطا اي بدون بروز كفي وضع بعض رقائذ مغموسة في سسيال محلل تثبت بلقاعة بدن ويؤمر بالاستلقاء على ظهره عميلا رأسه الى الامام ومثنيا ساقيه لتسترخي بذلك العضلات فان كان احد طرفي الكسر بارزا الى الخارج وضعت عليه رقادة درجية حتى يرد للباطن ويلامس الطرف الثاني فان كان بروز احد طرفي الكسر او هما معا عظيميا حصل منه دائما تهيج عظيم في الاعضاء المنحصرة في الصدر يحصل منه خطر عظيم فيذبغى الشق حتى ينكشف العظم ثم ترده هذه العظام الى حالتها الاصلية بطرف ملوق او آلة رافعة واذا لم يمكن ادخال هذه الالات تحت العظم وضع تاج الالة الشاقبة على غير محل الكسر وازيل به جزء لطيف ليسهل ادخال هذه الالات واذا كان هنالك شظايا عظمية صغيرة استوصلت والكسر الصادر من ضربات قوية او اسلحة نارية يكون في الغالب معجوبا برض شديد يمتد الى الاعضاء الباطنة

في الصدر فلذا ينبغي استعمال المعالجة المضادة للآثار الشديدة الفعل كالتصديق المتكرر والضخامات المليئة على الجهة المصابة والحمية القاسية والغضروف الخجري لا يحصل فيه الكسر الا اذا تعظم اعني صار عظما ويكون ذلك في الاشخاص المسنين ويكفي تحبيره لقافة بسيطة ووضع الشخص وضعا مناسباً

الخامسة العوارض التي قد تنشأ عن الآفات السابقة

الآفات التي ذكرناها ليست تسببها بسيطة كما يظهر لنا ذلك في اول النظر فيها بل كثيراً ما ينشأ عنها اعراض خطيرة كتزيف وانسكابات مختلفة الطبيعة في البليوروسريان هواء في باطن الصدر واخارجه

واما الاول وهو التزيف فانه تزيف يعقب جروح الصدر وهذا يكون على صفات مختلفة فتارة يكون فيه الدم اسود مندفعاً بقوة دفعة توجية من الجرح عند حركة رد النفس وتارة يكون احمر شريانياً رغوا وتارة يسيل بغزارة شديدة ربما ادى الى هلاك المريض في لحظات لطيفة اذ الم يحبس وتارة لا يخرج الا في زمن تضيق الصدر الذي هو زمن اخذ النفس فيكون خروجه فيضانياً* والمعالجة في جميع هذه الاحوال لا تكون الا بانضمام الجرح حتى تتلامس شفتاه بعصابات لزجة توضع فوقه مراقباً سمكة ويثبت جميع ذلك بلقافة بدن مشدودة شدا معتدلاً ثم يجمع المريض على الجانب المصاب وهذه المعالجة وان كانت في الحقيقة قد تعرض المريض للانسكاب في الصدر الا ان هذا العارض غير ملتفت اليه الامرين الاول كونه نادراً والثاني كون الدلالة الشفائية انما هي تدارك الخطر الحاضر فلا يترك لخطر متوهم وايضا فليس للجراح حيلة الاضم الجرح لان الشريان المنبثق قد يكون في جوهر الرئة فلا يتمكن من منع التزيف واذا ابقى الجرح مفتوحاً مات المريض من التزيف فلا حيلة له غير ضم شفتي الجرح وبعد ذلك يحتاج الى عملية الامبييما وهي اخراج الدم من تجويف الصدر ومنه تزيف الشريان بين الاضلاع وهذا يستدعي اشياء غير ما سبق ويعرف بدوام سيلان الدم من شفة الجرح العليا ويكون الجرح يظهر انه متجه اتجاهاً منحرفاً تحت الضلع

ما يقاوم به

العلوى فاذا ادخل في فتحة الصدر قطعة من ورق على هيئة ميزاب بمجمل مقعرة
 للاعلى شوهد جريان الدم في ذلك الميزاب ولا يجري تحته كما يحصل ذلك اذا كان
 النزيف انسكابيا وهذا النزيف نادر واذا شئت في اصل ينبوع النزيف كفى توسيع
 الجرح قليلا لتكشف الجهة المنبعث منها الدم فيما بين شفتيه * وحسب هذا
 النزيف جعلوا له جلة وسائط فالعلمان الفرنسيان جيرا وجرار كانا يضعان
 حول الضلع رباطا حاما قليلا بواسطة ابرة مقوسة او هلالية تنفذ من الحافة
 السفلى للضلع وتخرج من الحافة العليا فيقع القليل على ظاهر الجرح ليحفظ
 طرف الرباط ثم يربط الخيط على الضلع فيضغط ذلك القليل على الشريان *
 والمعلم لوتري جراح فرنساوى كان يضع في الجرح صفيحة من فولاذ وهي ملوقة
 معتاد فيه انحناء قليل من قرب طرفيه على هيئة السنين الا فرنجية وفي احد
 طرفيه شقان بالطول متوازيان طول كل منهما قيراط وسعته كافية لادخال
 شريط وفائدتهما تثبيت تلك الصفيحة على الجسم والطرف الثانى الذى يدخل
 في الجرح تلف عليه خرقة ويدخل هذا الطرف في الجرح ادخلا افقيا فيما بين ضلعين
 العلوى منهما هو الذى فيه الشريان المصاب غائرا به قليلا الى الباطن ثم يتحامى
 على الطرف الذى فيه الشريط ليلتصق بالجسم ويثبت عليه بلقافة فتكون هذه
 الالة بمنزلة رافعة نقطة المقاومة فيها لازم الشريان المنفجر فتضغط عليه وكل من
 قاعدة الرباط وقاعدة لوتري متروكان * ويكفى لمنع هذا الدم المنبعث من الشريان
 بين الاضلاع ان يدخل في الجرح وسط خرقة مربعة عملا جوفها من النسالة
 حتى تصير من الداخل ككرة توضع على الوعاء المنفتح ثم تجذب الى الخارج لتضغط
 على الوعاء وتثبت اطرافها المرسله من الخارج على القطع الخارجة من الجهاز
 وهذه القاعدة هي الاجود

حبس النزيف برباط الضلع

او بصفيحة لوتري

او بالسداة

واما الثانى وهو الانسكابات المختلفة وتسمى الاميبيا فكثيرا ما يحصل عقب
 جروح الصدر انسكابات دموية او صديدية في تجويف الصفاق المستبطن للصدر
 * فالاولى تعرف بكونها تعقب الجروح سريعةا وتعسر في النفس ويكون الصوت
 الحاصل من القرع على المحل الذى فيه الانصباب اصم وبالكدم الاصفر المنتشر

انسكاب دموى

على الجهة المحاذية للمحل المصاب وزيادة تباعدا لاضلاع عن بعضها وتعد في جميع الجهة المحاذية للانصباب وعدم سماع حركات التنفس وسماع خري السعال عند وضع الاذن والمستقصية الصدرية على الصدر وسماع خفضة السعال عند تحريك الجزع حركات متوالية وتزايد عسر التنفس عند الضغط الشديد على البطن لان الاحشاء حينئذ تراحم الحجاب الحاجز وهو يراحم ما انحصر في التجويف الصدري فهذه هي العلامات الدالة على الانسكاب الدموي ولا يشرع في العملية الا بعد الوقوف على السعال بهذه العلامات * ولا ينبغي على الاطلاق ان يستفرغ الدم المنسكب الا اذا دل عود الحرارة للجدار واعتدال النبض وزوال التشنجات على ان التزيف الباطني احتبس وهذا يكون بانتظار المريض ولو بعض ايام كثلاثة او اربعة لان انحباس الانسكاب في الصدر لا يضر حيث كان التنفس حاصل ولا يستعمل في هذه المدة الا القصد والمصرفات لمنع حصول الالتهاب والاجتهاد في منع الانسكاب * وقد يتفق انه كلما حصل انسكاب بان دفاع قوى في الصدر كان معه اختناق تكون به حياة المريض في خطر قريب وذلك فيما اذا حصل الانصباب في الرئتين او كانت احدهما مريضة من مدة مرضها عنهما عن اتمام وظيفةهما وحصل الانسكاب في الرئة الثانية والمعالجة اللازمة المذكورة لتلك الحالة تكون على خلاف ما ذكر لان التزيف اذا لم يمس هو الذي يستدعي مهمة الجراح بل الذي يستدعيها بالاكثر انما هو النتاج المهلكة الحاصلة منه المذهبة لحياة المريض فاذا كان الجرح ضيقا وظن وجود آفة شريان بين الاضلاع ولم تفد جميع المعالجات المستعملة وكان قد استفرغ من الفتحة قدر جليل من الدم ولم يحصل منه للمجروح الا انتعاش قليل سريع الزوال وكان الموت قريب الحصول جدا ينبغي في ذلك السعي باجتهاد في توسيع الجرح وتخليص الصدر مما فيه وتبعيد الخطر الاقرب والاهم ثم اذا لم يحصل نجاح من العملية واضعف المريض سيلان الدم من الجرح ولم يتروح به فينبغي ضم الجرح وابقاؤه على ما كان عليه اولا وهذه الطريقة ليست وهمية فان هذا العارض حصل في عصوصار مشهورا وما سلكه الجراح الذي طلب له لا يذم الا من جاهل او حاسد * والثانية

المعالجة

عوارض صعبة

انسكاب دموي

وهي الانسكابات الصديديّة تعرف بوجود جميع علامات انتقال الالتهاب الحاد الى الحالة المزمنة معطوبة بالعلامات الدالة بالخصوص على امتلاء احد جانبي الصدر بسيال غريب * والمائية الصدرية ويقال لها الاستسقا الصدرى وان كانت دأمة فردا عن جروح الصدر وليست من الجراحة بل من الامراض الباطنة تذكر في التهاب الاغشية المخاطية الا انه ينبغي ان تذكر هنا لانه بعد وصولها الى حد لم تنفع فيه المعالجة الباطنية المستعملة في الالتهابات المزمنة التي تلك المائية ناشئة عنها يمكن ان العملية الجراحية وحدها تعين على شفاء ما للمريض فاذا انتشر في الصدر سيال ما وجب حلا ففتح مسلك لاستفراغه اذا لم يكن هنالك ما يمنع ذلك من وجود الالتهاب فلا تعمل العملية ما دام اثر التهاب البلورا موجودا لكن قد يضطر الى العملية مع وجود الالتهاب اذا ضايق السعال التنفس وخيف على المريض من منع التنفس وهذه العملية التي غايتها تحصيل هذا الغرض المسماة بعملية الامبيما تكون بفتح اميل جهة من الصدر وبعضهم اختار اذا كان هنالك جرح ان يجذب السعال المنحصر في الصدر بالالة الماصة ان كان الجرح مفتوحا ولكن هذه الكيفية لا تنفع فيها البتة لانه اذا كان الجرح اعلى من محل الصديد ربما اوجب مص الصديد فتق في الرئة نعم ان اتفق ان الجرح في المحل الذي ينبغي فيه العملية فلا بأس بان يمتص السعال منه بلطف فاذا كان الجرح على هيئة بحيث اذا وضع المريض وضعاً مناسباً تحول اليه الدم كفى في ذلك توسيع الجرح وابقاؤه مفتوحا وما عدا ذلك من بقية الاحوال لا يدق فيه من عملية الامبيما * والمحل الذي ينبغي فتح الصدر منه يختلف باختلاف الاحوال فاذا كان الورم بارزا الى الخارج فتح منه وتكون تلك العملية بشق جدراته وان كان يظهر ان ظاهر الصدر سليم فاغلب الجرحين مثل لتسوسى وسباتيه وبليتا وبويسه ورشبرن اوصى على ان تكون العملية من اليمين فيما بين الضلع الرابع والخامس من الضلع البطنية او من الشمال فيما بين الضلع الثالث والرابع والعدد من اسفل الى اعلى فان عملت العملية اعلى من ذلك كما اوصى به المعلم يمل امكن ترك جرح من الانسكاب اسفل الجرح فان عملت اسفل من ذلك كما قال هيوسترو وشوبار

انسكاب مصلى ويسمى
المائية الصدرية
والاستسقا الصدرى

محل العملية

جهاز

وضع المريض
كيفية العملية

ودسولت خشي من اصابة الحجاب الحاجز ومن النفوذ في البطن واما ما ينبغي ان يحاذيه الشق من طول الضلع فيختار ان يكون ملتقى الثلث الخلفي بالثلاثين المقدمين من المسافة التي بين التتو الشوكي للفقرات ووسط القص * والذي يجهز لهذه العملية مشرط مستقيم ومشرط ذو زورورقادة غربية وقبيل من خرقة منسولة ونسالة ورقايد ولقافة بدن واواني وماء واسفنج والمريض مضطجع او جالس على حافة سريره ورأسه مرتفع وجسمه مائل الى الجانب المقابل للمصاب * والجراح حينئذ يمدد الجلد باليد اليسرى والمساعد يشده الى اعلى ثم يشقه على موازاة المسافة التي بين الاضلاع شقا طوله نحو قيراطين ثم يشق ثانيا الفسيح الخلوي والعضلات الظاهرة المغطية للصدر حتى يصل الى العضلات بين الاضلاع فيشقها باحتراس زائد قريبا من الحافة العليا للضلع السفلي ما يمكن وبعد ان ينكشف له الصفاق المستبطن للصدر يدخل سبابته اليسرى في الجرح ليعرف بهما توج السعال ويمد ي عليه المشرط الذي يفتح به الغشاء المصلي ثم يوسع هذه الفتحة بالمشرط ذي الزرق فخرج المادة المنتشرة سريعا فان لم يخرج شيء فذلك اما لكونه انغش بطن وجود الاميبيا واما لكون الرئة ملتصقة بالبليورا الضلعية والحالة الاولى تعرف بسهولة دخول الاصبع في الصدر ومرورها على السطح الاملس للرئة وينبغي فيها انضمام الجرح سريعا ومعالجته معالجة جرح بسيط نافذ في الصدر والحالة الثانية ينبغي فيها تمزيق الالتصاق او توسيع تفرق الاتصال او رد الجرح وضحه ثانيا وعمل العملية في محل اخر وهو الاحسن وبعد استفراغ السعال يترك الجلد ليرجع من ذاته ويغطي العضلات بين الاضلاع واذا كان الالتصاق او التجمع موجودا في بليورا الجانبين معا عملت العملية في الجانبين احدهما بعد الاخرى بعد شفاء الاول لانهما ان عملا في زمن واحد هلك المريض من الاختناق بسبب دخول الهواء من الجرح وضغطه للرئتين معا ويعالج الجرح معالجة بسيطة بوضع خرقة غربية ونسالة ورقايد ولقافة بدن وهذا هو الانسب واما وضع القبيل المعمول من شريط من الخرق منسول الجانبين والحقن التي يستعملها بعض الجراحين الى الان فلا تنفع فيهما لان الجرح يبقى زمنا

طويلا مفتوحا معرضا لدخول الهواء في الصدر وتزيد شدة الالتهاب في الصفاق
المستبطن والحقن وان كانت في حد ذاتها اجيدة الا انها يحتمل ان تخرج منها الرئة
لعدم اعتيادها عليها هذا اذا كان الانصباب الدموي او القيحي انتهى وارىد استفراغه
اما اذا كان التقيح او المصل لم يزل يتقرز من الجرح فالذي ينبغي ان يبقى الجرح
مفتوحا بواسطة القليل ويغير الجهاز كلما ظن تجمع مادة هناك فيكون مرة
ومرتين في النهار على حسب الحاجة * ولما كانت جدران الصدر لا يمكن
ان تهبط سريعا والرئة مرتفعة الى اعلى من مزاجحة السعال وعدم نفوذ
الهواء فيها واستفراغ السعال يعقبه نفوذ الهواء في الصدر فيتسبب عنه دائما
التهاب مستعص ذو صفات خبيثة في الغشاء المستبطن للصدر اوصى المعلم د بوترن
لاجل منع هذا الضرر بان تبدل العملية المعتادة للامبيما بوخزات متعاقبة في
الصدر بواسطة بازالة مسطحة يوخز بها في جهات من الصدر مرات عديدة في ايام
متفرقة بان ينتظر التحام الوخز الاول ثم يوخز بجانبه وخر اخر وهكذا حتى يخلوا هذا
التجويف من السعال وترجع جدراته الى ذاتها وتبسط الرئة تدريجا حتى تقل
المسافة التي كانت مشغولة بالسعال وهذه العملية التي تكون في ازمة اوصى
عليها القدماء ايضا ويظهر انه يحصل منها نجاح في الاستسقاء الصدرى اكثر من
العملية المستعملة عموما ونتيجتهما واحدة وبعد فتح الصدر واستمرار دخول الهواء
فيه زمنا طويلا تنكس الرئة على بعضها ولا يحصل الشفاء الا بتقارب جدران
الصدر وانهمزال الاجزاء المصابة والتحامها ببعضها وانسدادها واما عملية الامبيما
فيندر نجاحها لاسيما اذا كانت الانسكابات صديديا واستسقاوية

واما الثالث وهو سريان الهواء ويسمى الامغيزيما والانتفاخ الريحي وهو ورم
رخوله قرقة لا يتغير معه لون الجلد ولا يؤلم ينشأ من تجمع هواء في النسيج الخلوى
فكثيرا ما يقع في آفات اعضاء التنفس وجروح العنق اما جروح العنق فيحصل فيها
اذا لم يكن شق الخنجر او القصبة موازيا لشق الجلد فان الهواء في رد النفس يخرج
من تفرق اتصال المجرى الهوائى ويسرى في النسيج الخلوى بجميع البدن ويمدده
شيا فشيا حتى تنتفخ الاصابع والايدي والارجل وسرياته في جميع البدن لاتصال

منافذ النسيج الخلوي في الجسم ببعضها واما جروح الصدر فيحصل فيها اذا كانت
الرئة مجروحة لكن الهواء هنا عند خروجه من جوهر الرئة يملا اولاً تجويف
الغشاء المستبطن للصدر ثم اما ان يخرج من جرح العضلات بين الاضلاع
واما ان يحصل له موانع تمنعه عن نفوذه في الاجزاء الطاهرة للصدر * فان حصلت
له هذه الموانع فاما ان يتجمع في باطن الصدر ويضغط الاعضاء المنحصرة فيه
ويسبب للمريض اختناقاً قريباً وهذه الحالة تحصل خصوصاً اذا كانت الافة
في الرئتين معاً وقد شوهد في كسر الاضلاع ان شظاياها منقت الرئة ونشأ عن
ذلك اعراض من هذا القبيل بسبب تجمع الهواء في الصدر ويعرف ان الانسكاب
الباطني في الصدر مكون من هواء وليس مكوناً من سعال بواسطة كون صوته
كصوت الطبل عند القرع عليه وهذا يكون مصحوباً بتعسر في النفس *
واما ان يسري في النسيج الخلوي وهو الكثير فان الغالب ان الهواء يجد طريقاً
سهلاً لخروجه من الصدر فيسري تحت الجلد فيجده ويبدد جميع اشكاله وينفذ في
كل جهة وربما اهلك المريض بمنعه الوظائف الرئيسية عن انعامها والصفات
الدالة على الامفيز بما ورم منتشر لا مع غير مؤلم لالون له يعود بالغمز عليه فلا
يحفظ محل غمز الاصبع لكن يحس فيه مدى الغمز عليه بقرعة تشبه قرعة مثانة
جافة عند التحامل عليها * ومداواة جميع هذه الافات تكون بتوسيع الجرح
وتصوير حوافه موازية لحد ران القصبة او للمجرى الخنجري القصبي ومعالجته
معالجة لا يمكن معها نفوذ شيء من تحت الوضعيات فان كان الهواء النافذ يضغط
الرئة بشدة فينبغي توسيع فتحة الصدر ان كان ثم فتحة او تفتح فتحة لتخرج منها
قشور العظام وشظاياها اذا حصل العارض عقب كسر في الاضلاع ثم يعالج الجرح
معالجة مرتبة فتحصل الراحة سريعاً وقد عرضوا ان الاجزاء الاخيرة من الهواء
تجذب بالالة الماصة ولكن هذا غير نافع واذا لم يتجدد الهواء في الصدر ازيل ما هو
موجود فيه بالامتصاص فترجع الرئة لانساطها ووظيفتها والهواء الساري
تحت الجلد يتلاشى من ذاته ولتسهيل ذلك المحل ذلك كما جافا وبساتلان مقوية
محملة كالعرق الكافوري والنييد وغيرهما ويستعمل بنجاح الضغط على المحل

الهواء اما ان يتجمع
في باطن الصدر

واما ان يسري في النسيج
الخلوي تحت الجلد

معالجة

بلفافة وكل من التشر يط الخفيف والمجاجم يعين على استئصاله غير انه لما
لا يتقمان الا اذا كان التعدد عظيما وفي هذه الحالة يستعمل ايضا التشر يط
الطويل الغائر ومن حيث انه في نسج متعدد جدا يصير شروطا صغيرة عقب خروج
الهواء منه

الساوسة تسوس الاضلاع وموتها ومسرطانها

اعلم ان الاضلاع صلبة ببقية العظام معرضة للتسوس وموت العظم والداآت
السرطانية وتزيد بانها انظر المجاورتها للغشاء المستبطن للصدر وتصير ذا خطر شديد
وتسوس الاضلاع يكون عن اسباب باطنية كالداء الافرنجي والحناسا يروى يمكن
حدوثه من الالتهابات الغلغمونية ومن الخراجات الحاصلة في الاجزاء المجاورة
للاضلاع وكثيرا ما يصدر من ضربة على الصدر او سقطة والعلامات الدالة على
تسوس الاضلاع غير العلامات المحصورة بالتسوس فتحة ناصورية او اكثر تكون
في البضلع المتسوس فينبغي مقاومة هذه الافات باهتمام كافي في كشف الاضلاع
المصابة واستئصال الشظايا المتسوسة من العظام ان كان هناك جرح والا كفى
تحت موضع التسوس بالالة الناحية او كيه بالحديد المنحني واذا احتج لقطع جزء
من العظم وجب بعد تخليص العضل من سطحه ان يقطع من امام الداء وخلفه
بالمنشار الذي يشبه جابه المنحذب حدا البلطة الصغيرة وتنتهي هذه العملية مع
السهولة بتخليص ذلك الجزء واخر اوجهه واذا كان الغشاء المستبطن للصدر حيث تد
مصا با يمكن ان يوصل اليه بهذا القطع كما فعله المعلم ريشيرن في عارض اشهر كثيرا
وهذا الجراح الماهر نشر ثلاثة اضلاع واستأصل معها جزء من البليورا وتعري
من ذلك الغلاف القلبي وعاش صاحبه ومشى ستين فرسخا بعد عشرين يوما
وكان المريض جراحا شهيرا وهذه العملية بقيت تعد في مقار الصناعة ولا تدم
الامن كونها تعمل بدون تحقق ازالة الداء بالكلية بواسطة فانه بدون سبق تأكد
زوال ذلك لا ينبغي ان يقدم على استئصال السرطان من البليورا

السابعة خراج الحجاب المنصف

النسيج الخلوي للعجائب المنصف قد يكون مجلساً لخارج نائى عن التهاب اولى
 حاصل في النسيج الخلوي الذى فيه او التهاب تابعى وهو الاكثر حادث عن التهاب
 في البليورا او في التامور وهذا الخراج قد ينشأ ايضا عن رض في القص او جرح
 في الصدر والعلامات الدالة على وجوده الم كامن غائر خلف القص وعسرى
 النفس وخفقان وحي وقشعريرة غير منتظمة سيما اذا كان عن داء في التامور
 واعراض التقيح قد تظهر بسرعة وقد تكون بطيئة وفي كلتا الحالتين يأخذ
 الصديد مسيرا الى الخارج فتارة يتجمع نحو المعلقة الخنجرية وتارة بين
 الغضاريف الضلعية وتارة يكون خروجه من الجدران البطنية مبتدعا بسير
 الشريان الشدي الباطنى وتارة يأكل جوهر القص ويرشح من الابراء الخلوية
 المكونة له وتارة يتسوس القص من نفس السبب المحدث للخراج فحينئذ تخرج
 المادة الصديدية من الفتحة المتسببة عن التسوس وفي هذه الاحوال المختلفة
 يتجمع الصديد تحت الجلد وتكون الاورام المحدودة التى تنفخ من ذاتها وينشأ
 عنها الفتحات الناصورية والمعالجة الواجبة في هذه الاحوال استقراغ السيل
 الصديدي المتجمع ومقاومة الاعراض الالتهابية واذا تكونت خراجات من تجمع
 الصديد في الجهة الجانبية للقص او في الفرج الكائنة بين الاضلاع او نحو المعلقة
 الخنجرية وجب فتحها واستخراج الصديد ثم يعالج تسوس القص المصاحب في
 الغالب لهذا الداء واذا كان هذا الداء نتيجة داء اخر نجي او خنازيرى ومستمر
 بسببها عولجت هذه الامراض اولاً من الباطن بالوسايط المناسبة لها

الثامنة تسوس القص

البنية الاسفنجية للقص مهيئة لوقوعه في التسوس ومن حيث انه موضوع تحت
 الجلد بدون واسطة هو معرض للاسباب البادية القوية وتسوسه غالباً يحصل
 من الخراجات المكونة في الحجاب المنصف فاذا كان التغيير حاصل في سطحه الظاهر
 كشف بشق الجلد شقاً لا تقا حذاء الجزء المتسوس ثم استؤصل الجزء الفاسد منه
 بالمنقار او كوى بالحديد المحمى وفي هذه الحالة تنبغى زيادة المبادرة الى العملية

ولا يحمل مدة طويلة لتلايسى الالتهاب الى الاعضاء المنحصرة في الصدر وان كان
 التسوس متشبثا بالسطح الباطني فينبغي اتباعا للجاليينوس ان يشق بثقب بالالة
 الثاقبة ولتتم هذه العملية يكشف القص يشق الجلد شقا صليبيا او على هيئة
 سبعة بالهندي هكذا وترفع الاهداب ثم قبل وضع تاج الثاقبة يفصل السحاق
 بالناحثة عن جميع الجزء المتسوس ويتمسك بجميع ما يفعل في عملية ثقب الجمعية
 فاذا وصل الى الجوهر الاسفنجي للقص وجب ان يكون العمل حينئذ بلطف ورقق
 وخفة لئلا تنفر قطعة من العظم في الحجاب المنصف ولذلك اختار بعض الجراحين
 بدل الثاقبة منشارا صغيرا كالذي يستعمل في نشر الاضلاع فينشر بالجزء
 المحذب منه الذي هو كحد البلطة وبعد تميم العملية واستئصال القطعة العظمية
 المتسوسة يعامل المريض على الجانب المصاب ليسهل خروج الصديد ويدخل شريط
 من شربة منسول الجانبين في الجرح ليكون موصلا يخرج منه الصديد ثم يعالج
 معاملة تبهيطة والشريانان الشدييان الباطنيان للموضوعان على طول حافتي
 القص ينبغي التحرس عن اصابتهما فاذا اصاب احداهما كما يقع ذلك كثيرا ربط
 وضغط على ما ذكر في ضغط الشرايين بين الاضلاع وكذا اذا اصابا معا

الكتاب الخامس

في آفات اعضاء دورة الدم وما يلزم لها من العمليات وفيه بيان

الباب الاول في آفات القلب والمذلور منها هاتان

الاولى جروح القلب

جروح القلب النافذة في تجويفه مسرعة للهلاك دائما واما الوخزات الضيقة
 المخزقة الاتجاه فتتبع ان يخرج الدم بانفاس عند كل حركة من حركات هذا العضو
 الاله قباضية ولذلك ربما عاش المريض به زمنا ما وهذا العارض اكد فسافيار
 ورودينوس ومليير وابنجتوب وبوييه ولتور وكثير من المعلمين وفي هذه
 العوارض تكون علامات آفات القلب غير واضحة وينبغي ان تؤخذ من وضع

معالجة

الجرح وانجماحه ومن تشوش حركات الدورة او بطئها ومن سرعة هبوط القوى العامة وغير ذلك والشخص لا فاة القلب دائما غيرا كيدلان الظواهر الصادرة منها قد تصدر من آفة عائرة او من اصابة وعاء غليظ منها والبطينان من حيث انهما متجهان الى الامام هما معرضان للافات اكثر من الاذنين فاصابة الاذنين اندر من بقية اجزاء القلب وعند ذلك تجز الجراحة * واستعمال القصد الغزير وحده ربما مهمل سيرا لاعراض واعطى للطبيعة وقتا تهبي فيه بعض دم يتجمد الى حالة يها تقدر على حبس التزيف ويؤمر المريض بالراحة الكلية وبالامتناع عن التكلم وبالوضعيات الباردة الملطقة والمجضة ولا ينبغي الاستقصاء عن الجرح بحس لان ذلك مما يوقع في آفات بسبب ازالة الدم المتجمدا المانع للتزيف

الثانية مائية في الغلاف القلبي وتسمى الاستسقاء القلبي

اسباب استسقاء التامور هي نفس اسباب الاستسقاء فيكون نتيجة التهاب في الغشاء المصلي المغشي لباطن التامور وهذا الالتهاب اما اولى او صادر من داء في القلب او في الرئة او في الجنب المتصف او البليورا واعراض هذا المرض كون لون الوجه بنفسجيا ولون الشفتين لزرقي مائلا للسواد والجانب الايسر من الصدر بارزا مستطيلا من حذاء القلب وقلق وثقل متعب جهة القلب وصوت اصم في تلك الجهة عند القرع وعسر تنفس شديد عند الاستلقاء الا فقي وضربان خفي متواتر في القلب وغشي وضعف في النبض وصغر ونواتر وتداخل وعدم انتظام فيه واوذيم في الاطراف ومن حيث ان هذا المرض من تعلقات علم الامراض الباطنة تقتصر هنا على الوسائط الجراحية اللازمة فنقول اذا تحقق وجود سيال مصلي في الغلاف القلبي الذي يقال له استسقاء ويقال له استسقاء غلاف القلب فقد تعرض المريض الى هلاك سريع وكنت استعملت له جميع الادوية الباطنة التي تستعمل في الطب لمثل هذا العارض من غير ان ينجم شيء منها واظن ان الاجود فتح هذا الغلاف المصلي للقلب وانه اولى من ترك المريض الى هلاك حقيقي وفتح التامور وان كان فيه خطر كما فعله جالينوس وبعض

الجراحين لكنه قد يرجع في بعض الاحيان نجاح هذه العملية وهي على رأى
المعلم سينال لا خوف فيها ولا خطر البتة وكان يريد ان تتم بواسطة الالة البازلة
بان يذهب بها فيما بين الضلع الثاني والثالث من الاضلاع القصية الشمالية
بعيدا عن القص بقرطين متجهين بها من الامام الى الخلف ومن الوحشية الى
الانسية خلف قاعدة العظمة الخجيرية وهذه العملية يظهر انما تعرض الاعضاء
المهمة للحياة لا فوات ومن غير شك لم تستعمل قط * ودسولت شق من الجهة
اليسرى بين الضلع السادس والسابع من الضلوع القصية في عارض كان ثلثه
وجود ما في الغلاف القلبي وبعد ان شق الجلد والعضلات ادخل الاصبع في الجرح
فادرك انه لمس القلب متعريا في قعر الجرح وبعد ان مات المريض فتح فانكشف
ان الداء لم يكن مائية في الغلاف القلبي بل مائية صدرية متجمعة في اسفل الجهة
المقدمة من الصفاق المستبطن للصدر وانه لم يمس غلاف القلب * واما المعلم
اسكيل ديرب فاشار بوضع تاج المثقاب المنشاري على الجانب الايسر من الجهة
الوحشية للقص وان يشق غلاف القلب من هذه الجهة وظاهر ان مثل هذه
الكيفية مؤلمة ومضاعفة لخطر عن عملية دسولت ويخشى من عسر التهام
جرحها ومن عسر خروج المادة المصلية المحصورة في غلاف القلب من هذه الفتحة
نظر الوضع المرتفع * والماء لم يرشيرن اشار بان تفتح امام القلب فتحة واسعة
وان يشق غلافه المملوء من الماء بحيث يدخل الهواء في الغلاف ويحدث فيه
التهابا لتصق به جدراته ونحن لسنا على هذا الرأى ولا يمكننا ان نجهد في احداث
التهاب حاد في غشاء القلب لان ذلك مهلك قطعيا بل ينبغي الاجتهاد فيما يمنع
العارض * ونحن قبل ان نشق جدران الصدر كما يفعل دسولت نشد الجلد بقوة
الى اعلى ثم نفتح بوحزة صغيرة غلاف القلب وبعد استقراغ السعال منه نضم الجرح
سريعا من غير واسطة بحيث لا يتدفق فيه الهواء اصلا وربما لم يحصل من هذه الكيفية
شفاء استتصالي للداء كما يومله المعلم يرشيرن ولكن اعد نفسي من السعداء اذا حصل
منها شفاء تسكينى لانه لا بد في ذلك من اطالة حياة المريض واكتساب زمن للطبيب
يستعمل فيه جميع ما يكون كافيا في تدارك الداء وفي ابطاء تجدده ورجوعه

كيفية دسولت

كيفية اسكيل ديرب

كيفية يرشيرن

كيفية المؤلف يجين

الباب الثاني في افات الشرابين وهي ست

الاولى جرح شريانية

علامة جرح الشريان

إذا انفتح شريان في جرح واسع في الاجزاء الرخوة تتكون عنه اما ترقيف واما
اينوريزما كاذب فان حصل الترقيف شوهه وثبدم احمر ناصع من قوهه ذلك
الشريان وكانت وثبات خروجه موافقة لا تقباض بطون القلب ثم الترقيف يكون
بحسب غلظ الوعاء وقوة وثب الدم تكون على حسب قربه من القلب واذا انضغط
على الشريان من اسفل الجرح لا يتقص من الترقيف شيء وان ضغط عليه من اعلى
الجرح اى فيما بينه وبين القلب وقف الترقيف سر يعا فبهذه الاحوال لا يحصل
شك البتة ولا غرور في حقيقة هذه الافة

وان حصلت الاورام الدموية المسماة بالاينوريزما الكاذب وسببها
تمزق الشريان في وسط الاجزاء من رض شديد او من شظايا عظم انكسرا ومن
آلات وخزنية مسته حين اصابة الانسجة المجاورة له شوهه وسريان الدم في النسيج
الخلوى حيث لا يمكنه الخروج للخارج وتكون منه ورم صغير حجمه اركبر يسمى
بالاينوريزما الكاذب اشبهه بالاينوريزما الصادق الذي هو تعدد الشريان بسبب
انهما الطبيعى في طبقاته فالكاذب هو الذى يكون فيه التمدد من سبب باد
كالالات الواخزة * ثم ان كان الشريان عظيما وكانت قوته واسعة بحيث يخرج
منه دم كثير امتد ذلك الدم بعيدا وتكون منه تجمع عظم يسمى عند الاطلاق
بالاورام الدموية المنتشرة والاينوريزما الكاذب المنتشر * وان كان بخلاف
ذلك انحصر السيل لكونه لا يمكنه الخروج الا يبطى في غمد الوعاء الذى انطبقت
عليه الصفائح الخلوية ويتكون منه ورم كروى او مستطيل يسمى بالاينوريزما
الكاذب المحدود وكل من هذه الاورام قد يكون اوليا وقد يكون تابعا لكونها
تحصل عقب الافات سر يعا او بعدها بزمان ما * والاورام الدموية التى نحن
بصددها سهلة المعرفة فانه ان ظهرت عقب آفة من الخارج وكانت على طريق

الاينوريزما الكاذب

اما منتشر

واما محدود

الصفات

شريان واحد فيها ضربان موافق لضربان النبض في الزمن وكان الضغط عليها وعلى طريق الاوعية موقفا لحركتها فان كان الضغط اسفل منها لم يحصل منه ذلك بل ربما زاد في جرمها * وتقاوم جروح الشرايين بالاشياء الباردة وبالجواذب والقوايض والمخشكرات وبالحديد المجى والضغط واخيرا بالربط والجراحون النيساويون كثيرا ما يستعملون الاشياء الباردة لمقاومة التزيف ويتركون الجروح الحديدية معرضة للهواء ويلبونها بالماء البارد * والمبردات نافعة اذا لم يمكن استعمال غيرها وربما حصل منها بعض عوارض وينبغي ان لا تستعمل في انفتاح الاوعية الغليظة بل تبدل بكيفيات اأمن منها * واما القوايض كالحوامض المعدنية الضعيفة والماء الشبي ونحوهما فلا تنفع الا في التزيف الحاصل من الاوعية الصغيرة وتستعمل في الفراغ والحقن عقب بتر الغصمة وقطع زوائد المهبل وهذه الجواهر تهيج الانسجة ولا ينبغي استعمالها عندما تكون الاعضاء الحاصل فيها التزيف ملتهبة جدا لانه قد يحدث منها التهاب * واما الجواذب ومنها القلقونيا والغارية ون الايض ومحققات كثيرة واجسام اسفنجية فانها تستولي على الجزء الاكثر سيولة من الورم فتعين على تجريد الجزء الاخر في فتحة الوعاء لكنها ضعيفة فلا تؤثر الا بواسطة الضغط الحافظ لها ولا يؤمن لها في العوارض الشديدة * واما المخشكرات كالشب وجميع الجواهر الكاوية ما عدا النار فكانت تستعمل كثيرا جدا في معالجة التزيف وقد تركت الان لانها ان كانت جافة كان فعلها بطيئا واحتاجت لان تثبت بضغط شديد وهي تهيج الانسجة وتلبسها وتمنعها ولو بعد مدة بعيدة وان كانت ما عدا سالت على الجروح وازدادت الخطر ومع ذلك فقعلها غير كاف * واما الضغط فاما ان يكون واصلا او غير واصل اى على المحل او بعيدا عنه فان كان على المحل فينبغي ان يكون على نفس فوهة الوعاء ويكون يجمع كرات من نسالة في الجرح حتى تمتلئ ويكون الجمع على شكل اهرامى رأسه على فتحة الشريان وقاعدته على الجهاز الضاغط له * وان كان بعيدا عنه فلتوضع الالة الكابسة او الة تقوم مقامها على طريق الشريان فيمتنع التزيف والضغط الذي

معالجة التزيف

بالمبردات

وبالقوايض

وبالجواذب

وبالمخشكرات

وبالضغط

يكون على المحل يتعب الجرح ويحدث المباشرة وكثيرا ما لا ينفع لان الانسجة
 تهبط فيزوغ الشريان عن محله ويحدث الدم طريقا يسيل منه والذي يكون بعيدا
 عن المحل في اى موضع كان من الاجزاء السليمة من طريق الشريان يزوغ عنه
 الشريان سريرا ويدخل فيما بين الاعضاء ويسرى منه الدم فيها وينبغي لاجل
 صكون الضغط كافيا ان يكون بشدة عظيمة لكنه حيثئذ يحدث منه مشقة
 ربما لا تحتل وقد يحصل منها خطر من وقوف الدورة في العضو المضغوط *
 وضاعطة المعلم دويترون مفصلة على جميع انواع المكابس لان فيها حركة انقباض
 وانبساط فلا تتعب الانسجة بخلاف المكابس فانها تهبط عند هبوطها
 وهذه الالة هي الاتقع في نوع هذا الضغط * واما الكي فهو احرى بكونه اأمن
 الوسائط التي ذكرناها ولا جعل اتمامه ينبغي ان ينظف الجرح باليد اليسرى
 وينشف ثم توضع كرة من نسالة على الوعاء لمنع خروج الدم ثم تمسك الحديدة التي
 احيت في النار حتى ابيضت باليد اليمنى ويكوى بها طرف الشريان والاجزاء
 المجاورة له حال رفع الكرة حتى تصيرها خشك ريشة صلبة يابسة كافية لان تقاوم
 اندفاع الدم واذا تبين ان الكي الاول ليس كافيا وجبت اعادته ولا ينبغي تأخير
 رفع الكاوى حتى تذهب قوة حرارته لانه حينئذ ربما جذب الخشك ريشة التي
 احدتها وهذا الكي يقع في انفتاح الاوعية الصغيرة في المحال التي لا يمكن ربطها
 ولا ضغطها كما في قطع قيد اللسان ونحوه والكي اذا فعل في انفتاح الشرايين
 الغلاظ كان غير كاف فان الخشك ريشة عند سقوطها يعقبها في الغالب النزيف ثانيا
 * واما الربط فهو اأمن واسهل من جميع ما يعمل لجس نزيف الشريان واطمائه
 لا يحتاج لاستعمال الابركا كان يستعملها من تقدم منا فانهم كانوا يربطون مخ
 الشريان الاجزاء الرخوة بل يمسك الجراح طرف الوعاء من سطح الجرح بمقاط
 ويجذبه الى جهته برفق ويمسك المساعد خيطا مشعرا مبسطا قليلا على
 حسب غلط الشريان ويلفه على الملقاط ويعقده عقدة لطيفة ثم يدقها بطرفي
 ابهاميه جهة الشريان حتى يصل الخيط الى اجزاء الشريان فيشده عليه وينبغي
 ان يكون الشد قويا لينحصر الوعاء حصرا شديدا وليحذر من ان يقطع الخيط

ضاعطة دويترون
 مفصلة عن الكبس
 اوبالكي

اوبالربط

يجدران الوعاء ثم يعقد عقده ثانياً فوق الاولى تمكيناً للربط ثم يضم طرفي الخيط ويضعهما على اميل زاوية من زوايا الجرح بعد ان يقطع منهما ما زاد عن قيراطين خارج الجرح ولا ينبغي ذلك جميع منافع الربط فان كفايته وقلة الالم الحاصل منه وراحة الجرح مما يصير مفضلاً عما عداه * والربط لا يستعمل في احوال اولها اذا كانت جدران الشريان ملتية او متفرقة او فاسدة ثانياً اذا كانت الانسجة التي يكون فيما بينها الربط ملتية لان الالتهاب حينئذ يمتد دائماً للطبقة الشريان الخالية فيسهل انقطاعها تحت الخيط فاذا انفصل بالخيط الطبقة الظاهرة فلا تعمل الطبقة الوسطى ولا الباطنة بل تنفصل وتصبح العملية غير نافعة فلذلك ينبغي دائماً ان لا يكون الربط على سطح القروح والجروح الملتية المتقيحة بل يكون بعيداً عن محل تفرق الاتصال * والاورام الدموية عموماً تستدعي الضغط او الربط فالضغط يصح ان يكون على الجلد من فوق فوهة الشريان فيمتنع خروج الدم وقد شوهد في بعض الاحيان الشفا من ذلك وهذا النجاح قد حصل ايضاً بالضغط من اعلا الورم بقليل ولكن هذه الوسيلة كما ذكر مؤلمة وغير كافية وقد تسبب عوارض خطيرة * والاحود منها ربط الوعاء وينبغي له ان يفتح الورم ويستفرغ ما فيه من الدم ثم يستقصى على الشريان ليربط لكن العملية حينئذ تطول ويعقبها تنقيح غزير وكثيراً ما يعسر او يتعذر كشف الوعاء من بين اللحوم الموضوعة الدامية الساترة له فلذلك كان الذي ينبغي ان يبقى الورم موكولاً امره الى الطبيعة في امتصاص الدم المنتشر ويكشف الشريان من فوق الورم ليربط من محل سليم ثم يوضع على محل تجمع الدم وضعيات محلاة فان الشفاء غالباً لا يعرض له مانع البتة

احوال تمنع الربط

معالجة الايتوريزما
الكاذب بالضغط

او الربط

الثانية الايتوريزما الصادق

الايتوريزما ورم صغيرا وكبير يتكون من تمدد طبقات الشرايين واسباب هذا الداء كثيرة كسفن الكهولة ودموية المزاج وصناعة الميكاتكا المستدعية لحركات عنيفة كالجمالين والدقاقين والمنادين والمؤذنين والمكثرين من رفع

قد كثر ان هذه قلبية من افواع الاينوريزما تنشأ من ضعف طبقات الشرايين
 والشلل وان هذا الاورام سواء بقيت صغيرة او ازداد حجمها بسبب لتمزق الطبقتين
 الباطنة والوسطى اللتين اللاوعية وان اغلب الاحوال تكون فيها هذه الاغشية
 في اول الامر متجهة وملتهبة وان الورم دائما ينشأ من تأكلها وانفجارها قلزم
 من ذلك ان يكون الكيس الاينوريزمي دائما غلاف اولي هو الطبقة الظاهرة للورم
 وهذا الغلاف الذي هو غشائي يوسع تدريجيا ويعد الاجزاء المجاورة له ثم تطبق
 على سطحه الصفاق المحلوي المحيط به وكلما ازداد حجم هذا الورم ضغط الاجزاء
 المجاورة له وورقها واوهنها حتى ان العظام لا يمكن ان تتحمل فعل هذه الاورام
 المهلك فيحصل فيها تحول عظيم قل غوره او كثر فاذا استقامت الاينوريزما زمننا
 اتسع الورم دفعة واحدة فيصير حجمه في زمن قليل مضاعفا عما كان وهذا
 الاتساع يحصل من غير شك من تمزق لقافة الورم المحلوي ومن كون الكيس
 الاينوريزمي صار مكونا من ابرام عديدة القدرة على تحمل دفعات الدم ثم ان الدم
 قد يصير حركته في الكيس الذي هو منصرفه بطيئة فيتجمد وقتها فيكون منه
 طبقات ليفية تغطيه وكلما قربت من دائرة الظاهرة ازدادت في الكثافة
 واما من خصوص قحة الوعاء فان اتساعها يكون كبيرا وصغيرا وغالبا يكون
 فيها اثر تقرح والجدران الشريانية تكون غالبا في هذا المحل غضروفية او عظمية
 وربما تكون استحال الى نسيج شحمي اصفر * وجميع انواع الاينوريزما
 تميل الى الزيادة الى ان تصير تحت الجلد وتحت الغشاء المخاطي فتعد هذه الاجزاء
 وتسبب تكوين خشك ريشة يحصل عند سقوطها ترينف دفعي فعلى هذا تنفتح
 اينوريزما الاطراف في الخارج واينوريزما الاورطي في شعب القصب والمرئ
 والاجزاء المجاورة لذلك * وقد يتفق ان الانسجة التي احتكت بالاینوريزما
 وتعددت تلتب ويتكون فيها خراج امام الكيس الدموي الذي ينصب دمه في
 التجويف الصديدي اى الخراج وقد شوهد في بعض الناس ان الكيس انفجر والدم
 كونه امامه كيسا او كيسا اضافية تشبه الاينوريزما لا كاذب المحدود

انتهاء الاينوريزما

تكون الخراج
امام الاينوريزما

معالجة الاينوريزما

علم ان من الاينوريزما ما يشق من ذاته اما عقب التهاب شديدا امتد الى الشريان
 وحده، واما عقبه غنغري شالم تكن اصابته الكيس الغير الطبيعي فقط بل مع نفس
 الوعاء ايضا وكيفية حصول هذا الشفاء ان الاينوريزما في بعض الاحوال يكون
 وضعه بحيث اذا كبر ضغط الوعاء من فوق اصل الكيس واوقف حركة الدم عنه
 وان الكيس الاينوريزمي في انحرال امر متلي كله دما متجمدا البقايا وبصير لا يقبل دما
 ما تلام يصغر حجمه ويتصلب ويرزول من نفسه اي بواسطة الامتصاص كما شوهد
 ذلك ولكن هذا ما درجدا واما بقية انواع الاينوريزما فدا تها تسبب عنها في حال
 ازديادها العوارض الخطرة جدا وتتعب حركة الدم وتسبب عنها غنغري ش
 الاطراف وهلاك المريض * والذي يستدعي عمليات الجراحة من انواع
 الاينوريزما هو الظاهر وحده وقد يقاوم بالمبردات والضغط على نفس الورم
 اوفوقه او عليها معافي وقت واحد او بالعملية لكن طريقة المعلم والزوا في معالجة
 الاينوريزما ان يتدنى بفصد غزير يكرر في كل ثلاثة ايام او اربعة او اكثر على
 حسب اشتداد العوارض حتى تتناقص ضربات القلب وترجع الى حالتها
 الطبيعية وينقص الغذاء تدريجا حتى يكون من ست اواق الى ثمان بحيث يكون
 غذاء المريض كافيا لحفظ حياته فقط ويلزم في هذه المدة الراحة والسكون في
 فراشه ثم بعد زوال هذا الداء يعض اشهر يزاد له في الغذاء تدريجا ولا يرد الى معيشته
 الاعتيادية الا بعد سنة كاملة وتنع هذه الطريقة في الاينوريزمات الباطنة
 واينوريزما القلب والاورطى واما اينوريزما الاطراف فينبغي ان يختار فيها
 كون المعالجة بالاكثر على المحل وبالاقلوى فعلا * وينبغي في الانتصاب لمعالجة
 الاينوريزما الانتباه الزائد وذلك بان تلتطف قبل المعالجة قابلية التهيج الغريزي
 في الانسان وقوة حركة الدم التي كثيرا ما تكون في بعض الناس شديدة بالمشروبات
 المليئة والحمية الكلية والراحة والاستغراغات الدموية تدريجا وهذه هي المعالجة
 الباطنة العامة المضادة للالتهاب واما وضع الجليد المكسر والتلج والسائلان
 الباردة فقد اوصى على استعمالها اطباء كثيرون واستعملوها بنجاح ولكن وضعها
 فيه الماشد يد غير محتمل لبعض الاشخاص وهي لا تنفع اصلا في الاورام الكبيرة

واما بالمعالجة باخذ
 ثلاثة اشياء

الاول مضادات الالتهاب
 الباطنة والظاهرة

الثاني الضغط على نفس
الورم

وعليه وعلى ما فوقه

او على ما فوقه

الجم ولا عند ما يكون الجلد ملتصقا واذا استعملت في الاحوال التي تسبب هذه
فينبغي ان يكون استعمالها مستداما من اطول ولا ومع هذا فتنفعها من شدة
واما الضغط الذي كان يعمل على نفس الورم بالالات الخشنة من بعض الجراحين
كالمعلم ارنو وفويرو وغيره فغير كاف في حبس دودة الدم عن الورم فلذا تراه الان
لكن ينبغي ان يستعمل فيما اذا كان الذي يعمل على الشريان اسفل الورم مضرا
وكان كل من الالم والاحتقان في العضو المتسببين عنه موجبا للتركه ويستعمل ايضا
فيما اذا كان الورم جديدا صغيرا بالجم والضغط من اسفل الورم وان كان فيه ما ذكر
لكن ينبغي تجربته في الاينوريزماليتوس من شفاة الكاثر في الشريان تحت
الرقوة وفي الحرق في الظاهري والمعلم جوتان كان يستعمل طريقة مرتبة احسن
من الضغط وهي انه كان يغطي الورم بنسالة وبرقائد سمكية تتصلب عليه ثم يعد
رقادة طويلة سمكية على طريق الشريان من اعلى الورم الى ابتداء العضو ثم يشد
عليه لفافة شدا معتدلا تثبت هذا الجهاز وكان يلبسها كثيرا بما وصل او يسيل
بارد فابض ولاجل ان يمنع احتقان الجهة التي تحت الورم فيمكن ان يضع رقادة
دوجية تمتد من اصابع اليد او الرجل الى الورم وذلك قد نفع واسكنه غالبا
غير كاف ومع كونه مشتملا على الراحة العظيمة والمعالجة الدقيقة ربما كانت
تحصل منه الغنغرينا بسبب ضغط الشرايين التي على جوانب العضو هذا ولا بد
قبل استعمال هذه الطريقة من توسيع الشرايين الجلدية لاجل ان يجري الدم
فيها وذلك يحصل بواسطة المكبس او آلة ديوترن على نفس الورم وربما يحصل
من ذاته واما الضغط من فوق الورم فغايته ان ينطبق جدران الشريان
على بعضها وينشأ منه التهاب التصاق يسهل الوعاء والمعلم فريرجرب في الخيل
ضغط الشريان الكعبري فراه سبب في اربعة ايام تجمع السوائل بالجمد بواسطة
الالتهاب حوالى الوعاء وفي اغشيته حتى زال فضاؤه وصار غير قابل لان يدخل فيه
شيء ولكن قد جرب هذا في البشر فلم ينفع فيهم مثل الخيل ولعل ذلك اما لان التهيج
الالتصاق يظهر في الخيل اكثر من البشر اولان شدة الضغط التي تحملها الخيل
لا يمكن ان تحملها البشر والجراحون الانجليز الذين استعمالوا هذا الضغط

الثالث العملية

كثيرا يقولون ان الضغط الذي يكون بهذه الشدة مؤلم جدا وقد اضطر كثير
من اطباءهم لتركه في مرات كثيرة والمعلم دويونثون شاهد زوال الشريان بالكيفية
في انشوريزما مابضى بواسطة ضغط استمر خمسة ايام على الشريان التغذى بالالة
المخصوصة به وهذا الضغط نافع ويستعمل في حوادث كثيرة لاجل منع العملية
اولا لجل تهيشة نفعها لانه يعود الدم على اجتيازها في القروغ الجانبية واذا كانت
عملية الربط غير ممكنة احر الضغط تقدم الورم وربما اشفاه فان المعلم ويرد يد وهو جراح
فرنساوى فعلمه مع الجراح في الشريان المحرقى الظاهر من رجل كان مصابا
بانشوريزمات مسكيرة يظن ان لا يعمل فيها عمليات * وحيث منعنا خطر
ما ذكرناه من الضغط والسكى وغيرهما وعدم كفايته عن ان نعتقد عليه ويجب
الاستقصا في العمليات الجراحية عن عملية تكوننا آمن وانفع في مقاومة
الانشوريزما وهذه العملية تعمل على قاعدتين مختلفتين فعلى موجب القاعدة
القديمة من بعد ايقاف جريان الدم بواسطة الضغط عليه يفتح الورم ويستفرغ
ما فيه من الدم المتجمد والليفية المنحصرة فيه ثم يكوى الشريان المنفتح او تضغط
فوهته او يربط برباطين احدهما من فوق جداره المحرق وثانيهما من اسفله
فالكيفية الاولى استعملها القدماء والمعلم معتبه لاستعمل الكيفية الثانية
في انشوريزما الشريان التغذى والكيفية الثالثة بقيت مستعملة الى زماننا
هذا ويختفى في وقت العملية ان يكون المريض موضوعا على هيئة يكون معها
كل الورم مكشوفاً وظاهراً ثم يوضع مكبس على الجمة العليا من العضو ثم تنشق
الاجزاء المغطية للورم طولا مع التحرز عن اصابة الاعصاب والاوتار والاوردة
وكما انفتح شئ من الشرايين المغسيرة يربط ثم يشق الكيس نفسه ويستفرغ جميع
ما فيه من الدم وينظف من الدم بالسفنج ثم يفتش على فوهة الوعاء فاذا وجدت
ادخل معها في جوفه ميل من اسفل الى اعلى وهذا الميل وجدوان الشريان
المغطية له بمسكها الجراح فيما بين الابهام والسبابة من اليد اليسرى ويرفع الشريان
او يبعده عن الاجزاء المجاورة له ثم يأخذ ابرة منحنية ويهدىها على الاصابع الحافظة
للعاء ويضع بها من فوق الفتحة الشريانية الخيط المشمع الاول الذي يشد ثم يضع

من اعلى ذلك بقليل الرباط الاحتراسي ويسمى الانتظاري ايضا وهو الذي ينبغي
 سايبا والمعلم كيزليرا نهي العملية الى هنا في سنة ١٦٤٤ مسجبة وتبعده حدثت
 طريقة اخرى هي ان يوضع رباطان اخران من تحت الفتحة الشريانية احدهما
 مشدود والثاني انتظاري وهذه هي العملية القديمة ولا ينبغي ان نتكلم على
 كيفية المعلم ياولوديرتيا الذي كان اوصى باستئصال الورم بعد ربط الوعاء من فوقه
 ومن تحتها والمعلم جيلوراي رأيا حسنا حين ربط الشريان العضدي فانه قبل
 ان يفتح اينوريزما كانت في مابض المرفق استحضرت طريقا للقاعدة المستعملة
 الان * والعملية القديمة لها عيوب اولها انه يعسر عملها لاسيما اذا كان هنالك
 خراج مغطى للورم او اكياس كثيرة او كانت جدران الاينوريزما ملتصبة او سمكة
 اوليفية ثانيا انه قد يضطر فيها كثيرا الى وضع الاخيطة في المحال القريبة
 من الافة وكثيرا ما يكون فوق جزء الشريان الذي صيره الالتهاب سهلا الاتصال
 تحت الربط وهذا يكون السبب الاقوى للترقيف التساخي ثالثها انه لا بد وان يحدث
 التهاب ممتد غائر وقد يكون خطرا وبعقبه تقيح غزير تطول مدته وكثيرا ما تحصل
 مشقة في تحريك العضو فهذه هي عيوب القاعدة القديمة ولا يس فيها وجه نفع
 بقاوم هذه العيوب * وقد نذب المعلم انيل في اينوريزما كان في مابض المرفق
 حصل في رجل فصد فاصيب الشريان وحصل هنالك اينوريزما كاذب فربط
 الشريان من فوق الورم من غير ان يفتحه وابدع القاعدة التي اختارها بعده
 دسولت وهنتيروا غلب جراحي هذا الزمان وينبغي ان تنسب هذه القاعدة لمولفها
 وشرطها المختص بها ان يكون ربط الوعاء في محل بعيد كثيرا او قليلا عن الاينوريزما
 من غير ان يفتح الورم والامور الاتي ذكرها تهدي الجراح الى استخارة المحل
 الذي ينبغي ان يكون فيه الربط وهي انه ينبغي اولان توضع الاخيطة
 في محل بعيد عن الورم لاجل ان تشدد على جزء سليم من الشريان
 ولئلا يمتد التهاب الجرح الى جدران الكيس وثانيا ان لا تترك فيما بين
 محل الربط والاينوريزما فروع جانبية لانها غير نافعة في اعادة الدم الى
 دورته الاصلية واذا رجع الدم في الوعاء ربما انبثق ضربان الورم وثالثا وهو الاخير

عيوب القاعدة القديمة

الثانية قاعدة انيل
 وتكون بربط الشريان
 بدون فتح الكيس

ما يجهز للعملية

وضع المريض

ان لا يكون الربط من تحت منشأ فرع عظيم بالقرب منه لانه حينئذ لا يمكن
 ان يتكون في الوعاء دم متجمد فاذا سقطت الاخيطة فلا بد ان يتبعها زيف ثان
 * وينبغي لاتمام عملية الاينوريزما ان يجهز مشرط محدب ومشرط مستقيم ومجس
 قنوى لا حارزله وميل ابرى لين واخيطة مشعرة واسفنجية ومجرفة وان يوضع مكبس
 على الجهة العليا من العضو ليوقف جريان الدم * وينبغي ان يوضع المريض على
 هيئة تكون فيها الجهة التي يحسكها المساعدون مكشوفة كلها مرتبة بواسطة
 ضوء والجراح يقف على ما ينبغي ويشق الجلد المغطى للشريان شقا على حسب
 اتجاه الشريان ويمده على قدر غور الشريان ثم يشق النسيج الخلوى تحت الجلد
 باحتراص على قدر الشق الاول ثم يبعد العضلات ان امكن والاشقت العضلات
 ايضا وهو نادرو تباعد العضلات وغيرها لا يكون بمشرط بل بنحو ملوق او بالاصبع
 ويبعد مع العضلات الاعصاب وبقية الاجزاء المهمة حتى يصل الى غمد الشريان
 وكل ما انفتح من الاوعية يربط سريرعا والمساعد الواقف امام الجراح يكون قد نظف
 الجرح باتقان ثم يفتح الجراح بعد ذلك اللقافة الخلوية التي تضم الشريان مع الاوردة
 والاعصاب المجاورة له اما بسن المشرط او على المجس القنوى بان يחדشها خدشا
 لطيفا ثم يدخل فيها المجس ويشقها على قناته لئلا يصيب شيئا من الاوعية المذكورة
 وبعد ان يتكشف جزء كبير من الشريان وينعزل وحده يشرع في الربط وقد كانوا سابقا
 يضعونه بواسطة ابر روسها محددة وجوانبها قاطعة لتحيط بالشريان وقد عرفت
 ان ذلك عديم النفع فان الشريان الذي يقصد ان ينحصر في غرورة الرباط قد انفصل
 من الاجزاء المجاورة له وصار منعزلا بفتح اللقافة وايضا فان هذه الابر وبما تنضر
 فانها عند اتجاهها في عمق الجروح الضيقة الغائرة يخشى منها خرا وتزريق
 الاوردة والاعصاب المحيطة بالشريان او الشريان نفسه ومثلها الابرة ذات
 اليد التي تسمى ابرة ديشان فينبغي تركها ايضا لان فعالها في اتجاهها ليس
 سهلا وليست اقل خطرا من الابر المتقدمة البسيطة وكذا ابرة دسولت التي هي
 ابره فيها بعض لدونة بحيث ترجع على نفسها ومحصورة في غمد مبسط تخرج
 الابرة منه بواسطة الضغط عليه وسمها قريب الى سمنها فهي كالسابقة في كونها

ذات من وقاطعة من الجانبين وتركنت عند ممارسة الاعمال بسبب تركيبها
واختبرتها ليراخر كثيرة التركيب اكثر مما سبق وتركنت لذلك * وكذا الابرة
المكونة من فصل من فولاذ مبطط عرضه جزأين من قيراط وطوله قيراطان
وطرفه مقوس كالحلال وفي قرب طرفه ثقب صغير ينظم فيه الخيط وطرفه
الثاني متصل به يشبه يده مشرب التشرية وهذا النصل لاسن له ولا تحديد في
جانبه ويستعمل في كثير من الجراحين في ربط الشرايين بجميع هذه الابر
تركنت وابتلت باستعمال المحس القنوي والميل الابري فالاول ينبغي فيه ان
يكون منحنيا من جهة قناته بقدر ما يناسب غور وضع الشريان فيذهب
بطرفه تحت الوعاء ويتخذ في قناته طرف الميل الابري الذي ينبغي ان يتوس حتى
يكون كنصف دائرة لتسهيل دورته حول الشريان بعد ان يتخذ في ثقب ذلك
الميل الخيط الذي يخرج منه بسهولة عند ما يكون قد وصل الى الجهة الثانية
من الشريان وهذه الكيفية بسيطة وسهلة ومأمونة * واما المعلم اسكاريا فكان
يستعمل ابرة من قضية عريضة مبططة لينة لاسن لها فكان يتخذها من تحت
الشريان ويجذب منها الخيط الى جهته * واذا انحنى بعض المحس القنوي او الميل
بعض انحناء امكن ان يربط به جميع الشرايين من غير عسر زايد وكثيرا ما يتراكم المحس
ويذهب بالسبابة اليسرى في الجرح ليتناول بها طرف الميل المحنى المتعلق تحت
الشريان موجهها الى الخارج وينبغي ان يكون في هذه العملية من غير طفر
وينبغي للجراح بعد وضع الرباط وقبل شده ان يتأكد انه محيط بالشريان بان يضم
طرفي الخيط في اليد اليمنى ويشدهما الى الخارج برفق ثم يضع السبابة اليسرى
في عروة الخيط المتكونة في عمق الجرح فوق الشريان فاذا ابطل هذا الشد الضريان
الذي في الاينوريرما فظاهرا ان الشريان انحصر ولم يبق الا ربط الخيط بواسطة
عقدة بسيطة وعقدة ثاية فوقها الزيادة صيانتها * وعلى موجب كتاب
العمليات يكون وضع انواع الربط في جميع الاحوال هكذا ولكنه قد حصل
فيها تنوعات كثيرة الاله منها فوضحه هنا فنقول ان بعض الناس ومنهم المعلم
اسكاريا رأى ان تبطيط جدران الشرايين عند الربط يمنع انفصالها سريرا وربما

ابرة بيد لاسن لها

المحس القنوي
والميل الابري

ابرة اسكاريا

المحس وحده قد يكفي

تنوعات في عملية الربط

الاول لربط المبطط

كان كافيا في منع التزيق من انواع الربط الشديد المعتاد فخرج باويا كان يتقذف في
 اول الامر تحت الشرايين ثم دطان من خيط مشمع عرض كل منهما قدر قمتين
 يضع احدهما بجانب الاخر ويعددهما على اسطوانة من قماش او من ديا كالون
 طولها نصف قيراط توضع طولا على الجهة المقدمة من الشريان والمعلم اسكاريا
 رأى بعدمدة انه يكتفى رباط واحد وان يقصر طول الاسطوانة واما المعلم فيرى
 فكان بعد ان يحوط الشريان بشرط مبسط من رصاص ويكبسه عليه يحصر
 ذلك الشريان بجفت على فردية صفيحتان صغيرتان متحركتان وذلك الحصر
 يكون بواسطة زرافة في طول الالة ليتمكن ان تقلب على احدى زاويتي الجرح
 والمعلم ويشب كان يضع كابسة الشريان لتبسط الاوعية والمعلم اسليبي اختار
 عصاة العقدة التي اخترعها وهذه الكيفيات لا يقاوم شيء منها كيفية المعلم
 اسكاريا الذي هو مقبول في جميع الايطاليين وفرنسا وعند المعلمين بوسيه وروسيه *
 والراحون الانجائيون على خلاف ذلك لانهم رأوا ان طريقة انسداد الشرايين
 المربوطة تكون سريعة ومامونة على قدر ما يكون فصل الاخيطة للغشاء من
 الباطنين من تلك الشرايين فاستعملوا بدل الاخيطة والاشربة التي هي
 من الخيوط المشبعة اربطة رقيقة متينة اسطوانية مثل التي تكون من اخيطة
 ثم ان المعلمين اتراويرس ولورن رأوا انه يمكن حصر الاخيطة في الجرح بدون ضرر
 واجتهدا في ان يصيراهما قابلة للتغير والتلاشي مع الجواهر الحيوانية بواسطة
 الامتصاص لكن في هذا ان الاربطة المتخذة من امعا الهرة واورها واخيطةها
 العصبية او من الحرير المستعملة في ذلك كثيرا ما ينشأ عنهاخراجات في الاعضاء
 مع كونهم كانوا يطعمون بعد ربط الوعاء طرف الاربطة من قرب العقد ولم يبقوا
 منها في الجرح الا قدر بعض قبعات وهذه كيفية استعمالها المعلم رور
 في باريس ولم يحصل منها في الغالب نتاج جيدة * والمعلمون دبوه وسريه
 وفريسيه جربوا انسداد الشرايين تدريجا بحصر الاخيطة المحيطة
 بها شيئا فشيئا بعصاة العقدة وقد شق بهذه الكيفية مرضى كثيرون
 غير انه ظهر في شخص تخرج مهلك في اليوم الثامن عشر من العملية

الثاني الربط الضيق
 او الحلق

الثالث عصاة الشرايين
 تدريجا بعصاة العقدة

الرابع الربط الوقتي

الخامس ربط الشريان
من محلين

ربط انتظاري

والذي فحسن عندهم حتى اختاروا هذه الكيفية التي تعطي وقتا لدورة الدم
حتى يأخذ له طريقا في الشرايين المجاورة للاينوريما قبل ان تخصس دورة الدم
في الوعاء الاينوريما ولكن ربما يجب هذا النفع خطرا التهاب الشريان الذي
يظهر فيقرح جدران الوعاء ويصيرها رقيقة جدا لا تحمل الربط بدون ان تنفصل
او تنبت * وقد شاهد الحكيم يونس جراح انجليزي ربطا مستديرا محصورا
على شريان ازاله حالا فوجد انه احدث اشتغالا التهابيا وانسكابا لينفاويا ونشأ
عن ذلك انسداد الوعاء والمعلم انراويرس جراح انجليزي ايضا حصلت معه هذه
النتائج نفسها بواسطة ربط استقامت ساعات فقط ولكن المعلم بكار الذي
استعمل مجرييات الجراحين الانجليز مرات عديدة شاهد ان دورة الدم ترجع
لاصلها في الاوعية التي يستمر ربطها زمنا طويلا مما ذكر ومع هذا فالربط الزمني
اختير كمساعدة عامة في ايطاليا من معين منهم اسكاريا وروا وپاليتا واشيلي
وصوره وغيرهم وكان هؤلاء المعلمون يزيلون بعد ثلاثة ايام او اربعة في الأشخاص
الاقوياء وبعد خمسة ايام او ستة في المسنين والضعفاء الربط العريض والازرق
القروية الاسطوانية الحافظ كل من ذلك لضغط الشريان وظهر لهم بذلك تقدم
الاشتغال الانضمامي للوعاء جدا وكانوا يضمنون شق الجرح من غير واسطة واما
المعلمان المتقدمان ديودور ورييه فقد شاهدهما في عصر الشريان تدربا بواسطة عاصرة
العقدة ان الرباط لم يستقم في محله الا نحو ستة ايام * واما بتراسريان بالعرض
فيما بين رباطين الذي كان يستعمله القداما فقد تبين للمعلم تنون انه كاف في نجاح
عمليات الاينوريما لانه ظن انه اذا قطع الشريان فيما بين رباطين اعلى الاينوريما
كان حصول التزيف نادرا بسبب ان طرفي الشريان المنفصل يتقلصان فيختفيان
في التسجج التاموي وقد اخذ هذه الكيفية المعلم منوارونس بها نفسه ولكن الامتحان
برهن على ان انفصال طرفي الشريان بعد بتره لا يتوقع في منع رجوع التزيف
ثانيا فلذلك لم تستعمل هذه العملية في فرنسا ابدا * وقد كان يقطن الى يومنا
هذا ان الرباط ربما قطع جدران الشرايين بسرعة فاقضى ذلك ان يوضع من اعلى
الربط اخططة اذا انحصرت عند الحاجة منعت هذا العارض ولكن الامتحان

تظهر ان هذه الاربطة الاثنتي عشرة تحصل منها التهاب الشرايين وامتداده بعيدا
وتقرحها بسبب انها اجسام غريبة فيحدث التزيق المخوف واذا مال الدم
في هذه الاحوال لا يعتمد على هذه الاربطة لان الجزء الشرياني الذي هي محصورة
عليه متساكل او ملتهب ففعلها فيه حيفئذ غير كاف ولذا ترك الجراحون
الحاذقون المدركون لتقدم الصناعة هذه العمليات الخطرة واذا حدث تزيق
تابعي كشفوا الشريان وربطوه من اعلى الجرح في محل يكون سليما فتم العملية
بنجاح

حكمته على هذه التنوعات

اعلم ان القاعدتين العاصمتين اللتين هما الربط المبسط والزبط الخلقى للاوعية
لم تكن احدهما اعلى من الاخرى الا ان الاولى اطول زمنا واكثر مضاعفة من
الاخرى فان بها ينصرف في الجرح اجسام غريبة تتبعه وكثيرا ما تسبب تأكل
الشرايين من اعلى محل الضغط كما شاهد الجراحون الانجليزيون وهذه القاعدة
لا تنفع بالاكثر الا عند ما تكون جدران الشريان الذي يراد ربطه مصفرة
او مستحيلة الى حالة غضروفية او عظمية وحيثئذ فرعما حصل من ذلك خطر
بالربط الضيق وقطع طبقات تكون تغيرت الى تلك الحالة ولهذا السبب ينبغي
في هذه الاحوال ان يشمل الربط القعد الخلوي المحيط بالوعاء واما الاربطة العرضية
والمستديرة الموضوعة حول الشرايين فتؤثر فيها كسائر الاربطة الاسطوانية
الكبيرة الحجم والصغيرة وينبغي التمسك في عملية الاينوريزما بأسور الاول
ان لا يكون الربط الا في المحل السليم من الوعاء الثاني ان لا يكشف زيادة عن
ما لا يحتاج اليه في تنفيذ الاربطة الثالث ان لا تشد هذه الاربطة شدا كافيا
لقطع طبقتي الشريان الوسطى والباطنية من غير ان يحصل في الطبقة الخلوية
حصر فائد الرابع ان تكون الاربطة بعيدة بمسافة مناسبة عن الاينوريزما وعن
منشأ الفروع الجانبية القريبة جدا الى الاينوريزما بحيث تقطع الدورة في طرف
الشريان المربوط فيسهل تجمده الخامس ان لا تدخل في الربط الاوردة

وربط واحد كاف في العادة

الظواهر التي تحصل
مده الربط

أولاً لا يجب أن يربط السناد من أي موضع من وضع الربطة انتظامية أو اجسام غير رمية
التي هي من اجسام الدم الانتظامية وتقع بجدران الشريان ومن حيث ان الربطة
الاجسام غريبة فيذبح فيها ان تكون قليلة الحجم ما لم يكن وان يقطع احد طرفي
الخيطة فاذا حصل التمسك بهذه الامور فتمت جميع الشروط للكافية في الامن على
العملية ونجاحها) يمكن في انواع الاثوريين ما وجروح الفروع الشريانية الفليطة
وضع ربط واحد على الوعاء من فوق الافة لان الدم لا ياتي في الجزء السفلي من
الشريان بدفعة شديدة ولا بكثرة حتى يبقى الورم اربط يحصل نزيف مخوف ولكن
اذا كان محل الافة شرايين الوجه والساعد والكف والساق والقدم فلا يمكن
ربط واحد لكثرة التغمات فيها بل ينبغي دائماً ان يكشف الوعاء ويربط من اعلى
الافة ومن اسفلها ليتم رجوع الدم في الاثوريين من اسفل الى اعلى ويضطر
لكون الربط حيثما قرب الى الاثوريين لثلاثين فيما بينه وبين الربط فروع
جائيه تصير هذه العملية غير نافعة ويلزم التمسك بهذه الشروط ما لم يكن لا سيما كلما
كانت الافة قريبة من او اطراف الجدران ومشتق من الشرايين وتلحق كل من
المعلمين برادور ورسولت انه لا يصح في بعض انواع الاثوريين الربط اعلى الورم
ورأى ان الشفاء لا يحصل الا بانسداد الوعاء من اسفل الورم وقد عمات العملية على
هذه القواعد لمريض فطن المعلم فيرنيه انه يصح الضغط من تحت الاثوريين
قياساً للضغط على الربط ولكن جميع هذه الاجتهادات عديدة النجاح والامتحان
برهن على ان الموانع الموضوعات من فوق الاورام الاثورية رمية لتتبع سير الدم
تجاهتها دائماً بقاف هذه الاورام عن ازديادها سريعاً وعن صيرورتها موهلة
* واذا وضع الربط فوق الشريان تكون منه في اول الامر في ظواهر الوعاء شبه
زمار من دم ثم من لينفاغروية ذات قوام تنتشر في التسيج الخطوي وهذا الزمار يكون
كاملاً اذا قطعت الخيطة الربط بالقرب من العقدة جدا فيوجد فيه انتفاخ مطاوع
يشبه رأس العقلة يكون في محل العملية وقد يكون مشقوباً بفجوة تغلظ منها هذه
الاخيطة اذا بقيت خارج الجرح وقد يكون غير منتظم ويرزول منه جوهر بقدر
الاسطوانة في كيفية المعلم اسكاريا واما باطن الوعاء فيستكون فيه من اعلى الربط

واسفله دم متجمد ويمتد الى الفروع الجانبية القريبة من الشريان ثم يعرض
 التهاب معتدل عقب هذه الظواهر الاولى ومنفعته انه سبب التصاق الطبقات
 الشريانية المناسبة لبعضها وفي هذا الزمن نفسه يتم انفصال الاجزاء المرتبطة
 من الوعاء ثم سقوط الاخيطة الحاصرة لها وهذا ينتهي في خمسة عشر يوما
 او عشرين او ثلاثين فيهبط الزنار الظاهر ويختلط بحد رانه ببعضها ويتكون
 فيما بين طرفي الشريان اتصال غير طبيعي لا يزول الا بعد زمن طويل ويمتص الدم
 المتجمد في باطن الشريان ويصير ليفيا وملتصقا بجدران الوعاء الذي يضم
 ويستحيل الى حبل ليفي ينتهي في آخر الامر الى نسيج خاوي وحجم الشريان يظهر
 انه يتصل في هذا الزمن بالفروع الجانبية الاقرب له فهذا ما يحصل في نفس محل
 العملية واما ما يحصل في الورم الاينوري في فالعادة ان الربط يتبعه زوال الضريان
 الذي يكون حاصل في الاينوريزما لكنه شوهه خلاف ذلك مرات عديدة
 قد شوهه في بعض الناس رجوع الدم في الورم بواسطة الفروع الجانبية
 واستدامة الضريان فيه لكن بدون شدة وبدون بطئ في تقدم الشفاء والدم المنحصر
 في الكيس من حيث انه امتنعت عنه الحركة او ضعف فيه الضريان جدا يجمد
 فيصير الورم صلبا سندا مجا ويصغر حجمه تدريجيا ثم يستحيل الى كتلة شبيهة
 ليفية تلتصق بالوعاء حتى يصير حجمه بحوزة او فندقة ويستمر على ذلك مدة حياة
 المريض او يزول بعد زمن طويل جدا واما كيفية رجوع الدم للاعضاء فانه كلما
 اخذ الاينوريزما في الزيادة اتعب دورة الدم في محل جريانه والزمه ان يوسع الفروع
 الجانبية فينتج من ذلك ان الطبيعة عند عملية ربط الوعاء تكون قد استعدت لحفظ
 دورة الدم في تجار اخرى ومع ذلك فقد يحصل عند العملية تغير عظيم بان دفاع الدم
 بغتة في الفروع الناشئة من اعلى الربط وفي الاوعية الشعرية التي ينتهي اليها فتتسع
 هذه الاوعية مريعا وتتهيج في بعض الاحيان فينتدبدل ان تنقص حرارة
 العضو كما يحصل ذلك غالباً تزيد كما برهن على ذلك كثير من الجراحين ثم ترجع
 الحركة الدورية ثانيا وتنظم تدريجيا وتتسع التغممات الضامة للفروع الجانبية
 الناشئة من الشرايين التي من اعلى الرباط والتي من اسفل الاينوريزما وتصير

قنوات شريانية كبيرة الحجم او صغيرة كثيرة العدد او قليلة توصل الدم للاروعية
الرئيسية البعيدة عن الداء واذا انسد عقب الرباط بعض الفروع الناشئة من الجزء
المصاب من الوعاء نفذ الدم في فروعه ووصل من فروعها العليا الجانبية الى السفلى
بواسطة عدة كثيرة من قنوات متوسطة بينها فينتج من ذلك ان الحركة الدورية
الطبيعية التي للفروع الجانبية تصير مضادة للدورة الطبيعية الاصلية اعني
انها تنجس من الاطراف الى نحو الاصل في الفروع الجانبية الكائنة اسفل الداء
وفي بعض الاحيان يرجع الدم في الوعاء فيما بين الربط والاينوريزما بواسطة تناسل
كثير عرضها اقل لكنها تكون غير كافية لاستدامة الورم وهذه النوازل اكدت
بالتشريح كوبر وكثير من الجراحين وبعض المعلمين ظن انه يمكن في بعض الاحوال
ان تكون اوعية جديدة بها يكون استطراق فيما بين الطرفين المسدودين
من الشريان المربوط وهذا مضاد لما نعرفه من الاحكام العامة لتركيب الابدان
فلا يقبل بدون امتحانات جديدة تبرهن على صحته * وبعد عملية الاينوريزما
ينبغي ان تكون الجهة سليمة من اى ضاغط كان لتلاي يحصل تعطل في سهولة دورة
الدم ثم ان اشتدت الحرارة في العضو وظهرت اعراض عامة صادرة عن نشرش
حصل في دورة الدم فينبغي ان يلف العضو من غير ضغط با كياس صغيرة من قشاة
مسخنة باعتدال او بخرق مسخنة كذلك اتخذه فيه حراره معتدلة بدون ضغط
وينبغي ان يترك الورم لذاته فان استمر واخذ في الزيادة فينبغي ان يبحث ان كان ذلك
الضربان يزول بالضغط من اعلى الورم واسفله فان لم يزل بالضغط من اعلى الورم
عمل ربط آخر جديد من اعلى الورم ان كان الربط الاول غير جديدا ومن اسفله
ان كان هنالك وعاء يرسل الدم اليه لكن قبل هذه العملية الثانية ينبغي الانتظار زمنا
ما يتحقق ان كان يزول هذا الضربان ويتناقص حجم الورم فلا يحتاج الى العملية
والتهاب الكيس قد يحدث عقب العمالية فينبغي ان يقاوم كما اذا كان في غير هذا
المحل واذا انتهى هذا الالتهاب بتقيح الورم واستحالته الى خراج استعمل استعمال
الاشياء المستعملة في تجمع المواد الصديدية المعتادة وغنعر بها الكيس يستدعى
بعد الاجتهاد في تداركها انتظار سقوط الحشكة وشدة التحام الجرح وبجروح

معالجة تاجعية

الجلد الغنغرية وسما قلوب العضو لا يستدعيان شيئا سوى انتظار ان ينتهي موت المحل الى حده ثم يجتهد في فصل الشكر يشة او في عملية البتر والتزيف التالي في جميع هذه الاحوال ينبغي ان يقاوم اي بالربط من اعلى كما اذا كان في اي محل كان وينبغي للمريض بعد الشفاء ان يحترس على العضو الذي حصلت فيه العملية زمنا طويلا لا يتسبب في تمزيق الشريان الذي لم يكن التهم التحاما صلبا فقد شوهد حدوث تزيف عقب الالتحام الكامل في الجرح الظاهر هذا ومجت الايتوريزما ربما كان غير كامل اذا لم يصف اليه شرح عن الكيفيات التي ينبغي ربط الشرايين الرئيسة على موجبها فلزمننا ان نذكرها هنا بالتفصيل فنقول

الكلام على كيفية ربط الشرايين الرئيسة

ينبغي في ربط الشرايين عموما ان يكون العضو مثنيا نصف ثنية وان يسكن الجراح باطراف اصابع اليد اليسرى على مسير الشريان ليعرف اتجاهه وليسدا الجلد ويهدي المشرط وينبغي ان يكون شق الجلد على موازاة اتجاه الوعاء ولا بأس بتطويل الشق ليسهل كشف الاجزاء ومعرفتها من تفرق الاتصال الحاصل من الشق المذكور لكن محل ذلك اذا كان الشريان غائرا وينبغي ان يكون الجراح ذا معرفة جيدة بالبروزات المتكونة من العظم وبالاتار والعضلات حتى يعرف بها طرق الاوعية وما يجاورها واذا وجد عصب او وريد مهم يصحب الشريان فينبغي له دائما ان يضع عند ذلك الالة فيما بين العصب والوريد والشريان وينفذها الاخيطة فبذلك يامن على عدم اصابة هذه الاعضاء وعلى التجزؤ من ادخالها في الربط ثم ان الشرايين التي تربط في البدن سبعة عشر شريانا

الاول الشريان الكعبرى وقبل ان تتكلم على ربطه نذكر اعتبارات عمومية فيه وفي الشريان الزندي والشريان بين العظمين وشريان قوس الراحة فنقول شرايين الساعد والكعبرة معرضة كثيرا للتأثير الاسباب البادية والالات القاطعة والا جسام المقدوفة بالبارود فانها كثيرا ما تصل اليها بسبب رقة الاجزاء

الواقية لها ومما يعرضها للمصادمات المتنوعة ايضا كثرة الحركات المختلفة
 للأطراف العليا والضغط زيادة عن عيوبه التي ينتج عنها في شرايين الساعد
 والكف فان اضطر اليه لمجلس تزييف قوى فالاجودان يكون على الشريان العضدي
 لانه اسهل والاينوريزما الصادقة في الشريان الكعبرى والشريان الزندى والشريان
 بين العظمين نادرة جدا فاذا كانت في الجزء العلوى من احدهما الشرايين
 استدعت ربط الجزء السفلى من الشريان العضدي ثم يربط احدها اذا كانت
 الاينوريزما في الجزء السفلى من الساعد او في بقية طوله لكن يكون الخيط حيثئذ
 موضوعا قرب الافة لئلا يجرد الدم الذى يأتى بكثرة من الطرف السفلى للوعاء بعد
 اجتياز في الورم مسلكا سهلا في شريان جانبي نشأ فمابين الرباط والاينوريزما
 فتبقى الاينوريزما لكن اينوريزما الشريان الكعبرى والزندى لا تكون دائما في
 الساعد فانه في الاحوال التي يكون فيها الشريان العضدي متفرعا قرب الابط
 يكون مجلسها في نفس العضد وحيثئذ فكثيرا ما تشبه باينوريزما الشريان
 العضدي لكن متى كان الشريان الزندى ثاقبا من الاعلى الوتر العريض العضدي
 كما يشاهد ذلك كثيرا وكان هذا الشريان محلا للاينوريزما كفى صغر حجم الشريان
 وكونه سطحيا ومتصلا بالورم الاينوريزمى الذى هو ايضا سطحى تحت الجلد
 في الدلالة على ان الشريان الزندى هو الذى فيه الاينوريزما وانه المستدعى للربط
 واما اذا كان الشريان المذكور ان سائر من منشأ من الابط على التوازي
 تحت الوتر العريض المذكور فلا يمكن بمجرد النظر تمييز الاينوريزما فيهما عن
 اينوريزما الشريان العضدي وربما يحصل حال العملية بعض تحير من هذا
 الاختلاف التشرىحي لانه بدل ان ينكشف شريان واحد ينكشف اثنان فينبغى
 حينئذ لاجل ان يجزم بالمنشأ للاينوريزما منهما حتى يستدعى الربط ان يضغط
 عليهما على التعاقب ويوضع الخيط حوالى الشريان الذى ضغطه يبطل الشريان
 من الورم والاينوريزما في القوس الراحى تكون ايضا نادرة جدا وكثيرا ما اضطر
 فيها الربط الطرف السفلى من الشريانين الكعبرى والزندى مع الان التغمم بينهما
 كثير هذه هي الاعتبارات العمومية * واما ربط الشريان الكعبرى

ط الشريان الكعبرى
عند قبضة اليد

الموضوع وضعاً سطحياً فظاهراً بقرب قبضة اليد فاما ان يكون من هذا المحل فيكشف بسهولة بواسطة شق متجه على طول الوجه المقدم للكعبرة فيما بين العضلة الطويلة الباطحة والكعبرة المقدمة والعصب موضوع في الجانب الوحشي لهذا الشريان * واما ان يكون من الثلث العلوي للساعد فيشق عليه الجراح شقاً منحرفاً من الانسية الى الوحشية ومن الاعلى الى الاسفل متبعاً خطاً يفرض عمداً من الثلث الوحشي من العضلة العضدية الزندية الى التواء البري للكعبرة فاذا انفصلت أطراف المحاذية للعضلة الطويلة الباطحة والعضلة الكعبرة المقدمة وجد الشريان فيما بينها * وكيفية عملية المعلم ليسفرن ان يخط الجراح في اول الامر خطاً يبتدئ به من وسط المسافة السكائية فيما بين التواء القمي للعضد وينتهي به من اسفل في الجانب الوحشي للكعبرة بثلاثة قراريط ونصف وخطاً ثانياً يبتدئ به من الطرف السفلي او الوحشي للخط الاول صاعداً به نحو التواء القمي الوحشي للعضد متباعداً به عن الخط الاول من الاعلى بنصف قيراط ثم يشق على طول هذا الخط الثاني اسفل المفصل بنصف قيراط وهذا التنويع الذي يحدد المحل الذي ينبغي ان يكون فيه الشق ليس فيه منافع ظاهرة يفوق بها على الكيفية المستعملة كثيراً

الثاني الشريان الزندي وربطه اما ان يكون من قرب الكف فيكشف بواسطة الشق على طول السطح المقدم للزند فيما بين اوتار العضلة الزندية المقدمة والعضلة القابضة العظيمة فيوجد العصب المسمى بهذا الاسم في الجانب الانسي للشريان واما ان يكون من الجزء الاعلى للساعد فيكشف بواسطة شق الجزء المذكور شقاً طويلاً ممتداً على خط مستقيم من الجهة المقدمة للقمة العضدية الانسية الى الجانب الوحشي من العظم البسلي وبعد انفصال الوتر العريض والجلد يبعد العضلة الزندية المقدمة عن الكتلة المتكونة من العضلة القابضة العظيمة والعضلة الراحية الصغيرة والعضلة الكعبرة المقدمة مبتدئاً في تبعيدها من الجهة السفلى للجرح ثم يكشف الوعاء كشافاً عظيماً في الجانب الانسي للشق اذا اريد ربطه اعلى

من ذلك

او من الثلث العلوي
من الساعد

كيفية ليسفرن

الثالث الشريان العضدي وقبل ان نتكلم على ربطه نذكر له اعتبارات عمومية
فنقول هو ككثيراين السابفة معرض لان ينجرح وكثيرا
ما وجد فيه الايتوريزما الكاذب لكونه كثيرا ما ينفتح عند فصد الذراع
وكثيرا ما كان منشأ للايتوريزما الدواليبة التي هي مشاهدة كثيرا في ايامنا هذه
وتصدر من مرور الدم المحتوى عليه هذا الشريان في الوريد المتوسط المغطى
للشريان المذكور وقد فتحه كثير من الجراحين الغير المهرة مع الشريان في آن
واحد هذا والقدماء كانوا يظنون ان ربط الشريان العضدي غير ناجح لانه يقع العضو
في الغنغرينا زعماء منهم ان الدورة لا تتم بواسطة الاوعية الجانبية ولم يرجعوا
عن هذا الظن الا من مدة قريبة فان الحقن والتشريح والبحث الجيد عن الاطراف
العليا التي انسدت منها الوعاء الرئيس بسبب التهاب او قطع بسيف ربط فيه
الشريان من الجانبين أكد ان الدورة تتم في هذا المحل وكثيرا ما نجحت عمليات
ربط الشريان العضدي المذكور لان اى جزء وقع فيه الربط توجد هناك اوعية
كثيرة جانبية ذات حجم تكفى لحفظ الدورة في الطرف فاذا عملت العملية في الجهة
السفلى من العضد ذهب الدم للساعد بواسطة التقسيمات الجامعة بين الفروع
الجانبية العليا والسفلى للعضد والفروع الراجعة الكعبرية والزندية واذا كان
الربط من اعلى منشأ الشريان الجانبي الوحشى وصل الدم من الشرايين المحيطة
للفروع الصاعدة لهذا الوعاء وكذا للفروع العضلية العليا ثم يذهب الى الجذع
العضدي اسفل محل انسداده وفي بعض الاشخاص يصل الدم بواسطة قنوات
كثيرة متوسطة الى فروع الشرايين الراجعة التي توصله الى الكعبرى والزندى
وجذع الشرايين بين العظام وهذه الاستطراقات الاخيرة وان كانت اقل استقامة
من السابفة الا انها كافية لازالة الشك في نجاح العملية والشريان العضدي
المذكور يمكن ضغطه من ثلثه العلوى حيث يرتكز على عظم العضد بيد مساعد
اذا لم يرد الا ايقاف دورة الدم بتر العضو او مدة عملية الايتوريزما بان يحاط
على العضد باليد من الجهة الانسية والامام بحيث تكون الاصابع من الامام
بالا بهام من الوحشية او من الجهة الوحشية والخلف بحيث تكون الاصابع

من الخلف والايهام من الانسية فاذا اريد ان يكون الضغط مستمرا يستعمل
 المكبس او كاسية ديوترون والضغط وان كان واسطة رديئة الا انه يحتاج اليه فيما
 اذا انفتح الشريان العضدي بسبب الفصد فيستعمل لذلك هذا الجهاز وهو
 ان تجمع جملة رفاقد درجية وتجعل على هيئة مخروط يوضع في قته قطعة معاملة
 او جسم اخر صلب ليكون الضغط قويا جدا ثم توضع تلك الرفاقد على ثنية المرفق
 بحيث تكون قته المخروطية محاذية للجرح وتثبت بلقافة حلقيية طولها من ثمانية
 اذرع الى عشرة وعرضها اصبعان تلف على المفصل لقاصليين ومن اللازم
 ان يلف الكف والساعد بلقافة اخرى من الساعد الى اخر الاصابع لتتبع
 الانتفاخ لكن ينبغي في هذه الحالة ان يكشف الجراح عن الاصابع وينظر
 ان كانت بارزة وزرقاء ارخي الرباط قليلا لئلا يقع العضو في الغمغرينا واخيرا توضع
 رفاقة سمكية درجية على طول مسير الشريان العضدي وتثبت بلقافة واصلة
 الى الابط وهذا الجزء الاخير من الجهاز غاية تلطيف قوة جريان الدم في الشريان
 المجروح ثم يوضع العضو الذي فيه العملية على هيئة يكون الكف والساعد فيها
 مرتفعين عن العضد ويلازم المريض الراحة الكلية والحمية القاسية ويغمد
 ويعالج ببقية المعالجات التي تستدعيها حالته ويجدد الجهاز باحتراس كلي
 اذا ارتخى ويكفي لانسد الشريان عشرة ايام او اثني عشر هذه هي الاعتبارات
 العمومية وما ربط الشريان العضدي اذا انجرح من آلة قاطعة كما في القصد
 فيضطر اليه اذا كان الضغط غير كاف وحينئذ فينبغي توسيع الجرح الى الاعلى
 والاسفل وربط الشريان من الطرفين واذا كان هنالك ورم دموي منتشر وجب
 شق الجلد من مركز الورم واستفراغ الدم المتجمد منه وكشف الشريان وربطه من
 اعلى فتحته واسفلها والاجود ان يكون الربط قبل الفتح واذا كانت الاينوريزما
 محدودة فلا ينبغي لمسه بل يكشف الشريان من اعلى الورم ببعض قراريط ويربط
 وجميع الاينوريزمات في الشريان العضدي الناشئة عن اسباب باطنة لا يكون
 فيها اشياء خصوصية في الظواهر المصاحبة لها ومحلم في الغالب ثنية الذراع
 وكثيرا ما تكون نتيجة جرح ويظهر انها كثيرا ما تكون نتيجة انبساط عنيف

ربط الشريان العضدي

في الساعد سيما في الذين يقدفون نحو الحجارة وقد يكون ذلك من استعداد في
 نسيج الشريان والربط هو أعم من الوسائط في معالجة الاينوريزما
 الرابع الشريان الابطي وقبل ان نتكلم على ربطه نذكره اعتبارات عمومية
 كما في الشرايين السابقة فنقول بجروح الشريان الابطي ~~هنا~~ كثيرة الحصول
 وعوارضها الغالبة تزيف يؤدي الى موت سريع وقد شوهد من اصاب به وبقي
 حيا واحتباس النزيف في هذه الحالة يكون اما يتكون خثرة دموية او بانحراف
 الجرح او بغشي يحصل للمصاب فانه مما يضعف حركات القلب ووثب الدم فلا
 تبقى له قوة كافية لان تفصل الخثرة الدموية عن محل الجرح والضغط عليه سهل
 بسبب انه يرتكز على سطح الضلع الثاني من الخلف فيكون ذلك السطح لصلابته
 مسند للقوة الضاغطة ويحصل الضغط المذكور على هذا المحل بوضع الابهام
 على وسط طول الترقوة من اسفل في النقطة الكائنة اسفل الطرف الوحشي
 للترقوة في المسافة الفاصلة للعنق المحاذية للعضلة النائية عن حافة العضلة
 الكبيرة الصدرية ووضع بقية الاصابع من الخلف بحيث تكون محيطة بطرف
 المنكب وقد يستعمل في الضغط نحو كرة من نسالة لكنها لا تضغط مثل الاصابع
 واذا كان الجرح قريبا من الترقوة جدا وجب ان يكون الضغط اسفل منها
 فاذا اريد ضغط الشريان المذكور على الضلع الاول وجب ان يدخل الابهام او كرة
 صغيرة في المسافة المثلثة الكائنة خلف الطرف الانسي للترقوة ثم ان الضغط
 المذكور انما هو واسطة برهية لا يعمل الا في الزمن اللازم لا يقاوم النزيف حتى
 يفعل الربط واما اينوريزما الشريان الابطي ~~هنا~~ كثيرة الحصول واسبابها
 واعراضها لا يخالفان اسباب بقية الاوعية ولا اعراضها والورم الاينوريزمي
 يختلف محله بحسب الجزء المصاب من الشريان فتارة يكون شاغلا للجزء الاوسط
 من التجويف الابطي وتارة يكون في وسط المسافة الفاصلة للعنق السفلي من
 العضلة الصدرية عن الترقوة ففي هذه الحالة ترفع الالياف اللحمية للعضلتين
 الصدريتين الصغيرة والكبيرة المنطبقة على الجهة المقدمة للورم الذي يدفع المنكب
 والاضلاع الى الخلف وتارة تنشأ الاينوريزما قريبا جدا من الترقوة وتبرز اعلاها

واسفلها حتى ترفع هذا العظم في بعض الاحيان واي نوريزما الشريان الابطى
 اقل من بقية الاينوريزمات اما القربة من القلب اولعسر ارجاع الدورة للذراع
 عقب ربط الوعاء ولكن هذا العملية في حد ذاتها عسرة الاتمام وقد كان يظن
 ان سد الشريان الابطى يجذب معه غنغريش الذراع المحاذى له ولم يزل هذا الظن
 مستمرا الى يومنا هذا مع انه ثبت من مشاهدات كثيرة منذ ا زمان خلاف
 ذلك فان الشريان الابطى تنوب عنه اوعية كثيرة مختلفة على حسب كونه
 مربوطا من نهاية جزئه الاوسط او من ابتداء طوله في الحالة الاولى يعدد الدم
 الشرايين المنكبية العليا والسفلى حتى الاخرمية ويعود الى الشريان العضدي
 اما بواسطة القروع المتوزعة في الجزء الاعلى لعضلات العضد او بالقروع الصاعدة
 للشريان العظيم الجانبي وكما كان الربط اعلى من ذلك تماقت عدة الاوعية
 العوضيه المتوزعة باستقامة في العضد والمنكب ثم اذا ربط الشريان الابطى من
 محل خروجه من العضلة الانجمية او فيما بين اجزائها فلا يصل الدم الى الطرف
 الصدري المحاذى له الا بواسطة الشرايين العنقية المستعرضة والمنكبية العليا
 الناشئة من الشريان تحت الترقوة الموصلة له الى فروع الشعب الاخرمية
 والمنكبية والرابعة والاوعية الصدرية قد تعدد ايضا وتعين بواسطة تغصناتها مع
 الشرايين الاخرمية والمحيطة المقدسة على حفظ الدورة ولكن هذه التغصنات
 الاخيرة ضعيفة جدا فنفعها قليل هذه هي الاعتبارات الكلية واما ربطه فيمكن
 من ثلاثة مواضع الاول مغبن الابط الثاني الجهة المقدمة للمنكب الثالث اعلى
 الترقوة ولذلك **ك** كيفيات مختلفة سنشرحها على التوالي فنقول *
الموضع الاول فيما بين الحفرة الابطية فاذا رفع الذراع وشق بالطول قدر ثلاثة
 قراريط او اربعة في الحفرة الابطية امام الجزء المتوسط من المسافة التي بين اوتار
 العضلة الصدرية العظيمة والعظيمة الظهرية انكشف اخر الشريان الابطى واول
 العضدي والذي يغطي هذا الجزء من الشريان المذكور بعض احبولة عصبية
 فينبغي تبعيدها بتان لثلاث اصابع * **الموضع الثاني** امام المنكب وفي ذلك
 ثلاث كيفيات الاولى كيفية المعلم دسوات وهي ان يشق الجراح شقا طوله اربعة

ربط الشريان الابطى
 من بين الحفرة الابطية

ربطه من الجهة المقدمة
 للمنكب

قراربط على طول الخط الخلوي الذي يفصل العضلة الصدرية العظيمة عن العضلة
 الذالية وتساعدت اليافها بين العضلتين المحاذية لبعضها وتوصل به الى
 وتر العضلة الصغيرة الصدرية امكن ان يستقصى من تحتها على الشريان ويكشف
 ثم ان منع الداء من وضع الرباط في هذا المحل المنخفض فلتوجه الى المنتهت الترقوة
 وتعمل العملية هناك وقد يضطر احيانا في اتمام هذه العملية الى قطع وتر العضلة
 الصدرية الصغيرة فوق مجس قنوي يتخذ تحتها باحتراس والثانية كيفية المعلم
 ليسفرن وهي لا تختلف كيفية دسولت الا في كون الشق على طول الخط الخلوي
 فيما بين الجزاء القصي والجزء الترقوي من العضلة الكبيرة الصدرية لتكون الشق
 حيثئذ يكون انسي مجرى الاوعية بكثير وفي هذا القسم يكون الوريد الابطي
 موضوعا امام الشريان وانسيه من الاسفل واحبولة الصغيرة العضدية يكون
 غالبا من الاعلى والوحشية والخلف والغالب ان واحدا منها يغطي الوعاء فينبغي
 ان يبعد مع غاية الاحتراس وان يقدم في التباعد المذكور يد المنقار على المشروط
 وان يتخذ فيما بين الوريد والشريان المجس الذي يخدم كوصل للسهم المنظوم فيه
 الرباط والثالثة كيفية المعلم ديسون وهي ان يشق الجراح من اسفل الترقوة
 شقا كنصف دائرة تقعره بلى الاعلى ويمتد به بعيدا عن العضلة العصبية الترقوية
 بنحو قيراط وينتهي به الى قرب الاخرى بقيراط ثم يفصل الالياف العضلية على
 نسق الشق الاول ثم يرفع الجزء المقطوع فيصل الى الاوعية والاعصاب ويبعد
 الشريان الذي بينهما ثم يتقدم تحت الرباط * الموضع الثالث اعلى الترقوة
 وربط الشريان من هذا الموضع يحتاج لان يستلقي المريض على ظهره ويأتي
 الجراح بمنكبه الى الامام والاسفل ثم يشق اعلى الترقوة من الجزء الترقوي للعضلة
 القصية الترقوية الحمية الى الجزء السفلي من الجانب المقدم للعضلة المربعة حتى
 يصل الى المسافة الخلوية المحدودة من الامام بالترقوة ومن الانسية بالعضلة
 الاخمعية ويقال لها العضلية القفوية ومن الخلف بالصغيرة العضدية فيجد الوريد
 موضوعا امام الشريان واذا تبين ان الجرح ضيق جدا بالنسبة لسمن الشخص
 وسع بشق شفته العليا الى اعلى بعد رفعها وبعد توسيع الجلد بذلك الشق تبعد يد

ربطه من اعلى الترقوة

المنقار بعض الاوردة والصفائح الخلوية والاخيطة العصبية حتى يوصل بالشق الى الوعاء والبروز المستطيل للعضلة الاخعية المقدمة الذي يعرف في الجهة الانسية يكون مهديا للجراح والشریان يوجد على الضلع الاول وحشى المحل السفلى لا يتصل هذه العضلة فيحني الجراح المحس القنوى جدا نحو طرفه ويرزجه امام الاصل الشرياني وتحتة وخلفه فيما بينه وبين الوريد الذي بجانبه واذا كان الوريد الوداجي الظاهر متعرضا هناك وجب التوقي عن اصابته بان يجذبه المساعد الى الخارج بـكـلاب لاسن له وهذه الكيفية التي استعملها في قاعات التشریح من نحو عشر سنين ولم تكن جديدة اذ ناله نسبه المعلم ليسفرن لنفسه من مدة قريبة ولسـ كونه يعرض في بعض الاحيان تعسرات عظيمة في عزل الشريان الابطى عن العضلة الاخعية الى الخارج كان المعلم دبويترن لاجل ان يرفع هذه التغيرات بعد ان يشق على نحو ما ذكره يستقصي في اول الامر عن العضلة الاخعية المقدمة ويكشفها كشفا تاما ثم يتخذ مجسسا قنويا صلبا لاسن له منحنيا على قناته تحت الجزء الاسفل من هذه العضلة ليحيط به ثم يشقه عند ذلك بالشرط في مرة واحدة فيكون تقلص جسمه كافيا لكشف الوعاء فيوجد الوعاء في هذا المحل منعزلا عن كل عضوان عزلا تاما

الخامس الشريان تحت الترقوة وله كغيره اعتبارات مرضية بفروعه الحاصلة من الات واخره او فاطمة يتبعها دائما نريف كثيرا ما يكون مهلكا فعلى الجراح حينئذ اذا كان حاضرا ان يضغط عليه من محل الجرح ثم يربطه فان الربط يضعف نكابة الافة اذا كانت قريبة جدا من اصل الشريان لان شكل الاجزاء يكون باقيا على حالته لا تغير فيه واما الاينوريزما فيه فكثيرة لكنها غير قابلة للعملية لان الورم الاينوريزمي يمتد غالبا الى قرب اصل الوعاء فلا تعمل هذه العملية الا اذا كانت الاينوريزما كبيرة الحجم في الشريان الابطى وامتدت الى اعلى بحيث يصير ربطه من اعلى الترقوة غير ممكن وبعد ربط الشريان تحت الترقوة لا يذهب الدم للذراع الا بواسطة تغممات الشرايين القفوية والدوقية الواصلة من الجهة السليمة للجهة المريضة وبواسطة تغممات الشرايين الدوقية بالفروع الناشئة من الابطى

والعضدى اسفل الافة ومتى امكن الجراح ان يبقى اصل الشريان الدرقى السفلى
سليما او بعض الشرايين القفوية الكائنة في الجهة المريضة فيما بين محل الربط
والقلب كانت الاتصالات اكثر استقامة واقرب نجاحا هذه هي اعتباراته
وابا ربطه فلكون وضعه غائرا اكثر من الابطى يعسر كشفه ويربط ~~بخط اليد~~ ربطه
من الجانب الانسى للعضلة الاخعية وجب ان يمال رأس المريض الى الجهة
المقابلة التي فيها الافة ثم يشق جلد العنق من محل الارتباط القصي
للعضلة القصية الحلمية بقدر قيراطين ونصف الى الو حشية متبعا
الجانب العلوى للترقوة ثم يشق الجزء الترقوى من العضلة القصية الحلمية
على مجس قنوى ثم يبعده المساعد وعند ذلك يترك الجراح العضلة الاخعية
خارجا ويذهب غائرا الى الشريان تحت الترقوة ويتفقد تحت الرباط

السادس الشرايين الناشئة من السباتى الظاهر فاذا ارى ربط احد الشرايين
المتعددة المتفرقة في العنق والوجه والسطح الظاهر للجمجمة عند وجود
اينوريزمافيه وجب ان يكشف ذلك الشريان بقرب الورم ثم يربط من اعلاه
واسفله والعملية في هذه الشرايين لتدرة وجودها لا يحكم لها بشروط خاصة بها
والسابع الشريان السباتى الاصلى وهذا الشريان قد يضطر لربطه بالنظر لغور
الداء فيه وربطه يحتاج لان يكون المريض مستلقيا على ظهره والجزء العلوى
من الجذع منه مرفوع ومحفوظ من المساعد والجراح يقف على الجانب المحاذى
للمرض ويشق على جانب العنق من الجهة المقدمة شقا ممتدا على طول الجانب
المقدم للعضلة القصية الترقوية الحلمية من الجهة العليا للغضروف الدرقى الى
قرب القص يقيراط ثم يقطع الياف العضلة الجلدية بشق ثان ثم يبعد الى الخارج
حافة العضلة القصية الحلمية التي تغطي الشريان من الاسفل بواسطة كلاب
لاسن له فتتكشف في عمق هذا الشق الحزمة المكونة من الاعصاب والوريد الوداجى
الباطن واصل الشريان السباتى فان اتعبت الجراح العضلة الكتفية اللامية
المتصالبة على الجرح ازاغها او قطعها ثم يشق الغمد العلوى الذى انحصرت
فيه الاوعية على المجس ثم يعزل الشريان ويتفقد من تحت الرباط ويحترز غاية

التحرز من ان يدخل في الرباط بعض الاخيطة العصبية المتعددة المحيطة بالشريان
وهذه العملية استعملت نحو خمس وعشرين مرة من بعد المعلم كور في بلاد
الانجليز والاميريكاني في فرانسا من غير ان يتسبب عنها ادنى تشوش في الوظائف
الحية

الثامن الجذع العضدي الرأسي ويسمى الشريان اللاسم له وهو الذي يرسله قوس
الاورطى على اليمين فيمتد نحو قيراط ونصف ثم ينقسم الى سبائى اصلى ويميني تحت
الترقوة وقبل الكلام على ربطه نذكره ~~ك~~ غيره اعتبارات مرضية فتقول
اما جرحه فتسبب موتا سريعا ولا تنفع فيها وسايط الصناعة وقد تنفع المعالجة
المضادة للالتهاب كاقصد العام والحية والراحة وغير ذلك نعم يمكن ربطه ان حصل
جرح في الجهة السفلى من السبائى الاصلى او من الشريان تحت الترقوة اليمينين
المتفرعين عنه وكان ذلك الجرح يسرع بالموت واما الاينوريزما فيه فقليلة
الحصول وتصحبها الظواهر الموضعية التي لاينوريزما الاورطى والوسايط العلاجية
فيهما واحدة وهي المضادة للالتهاب واما الربط ونحوه فيمنعه وضع هذا الشريان
وقصره الا ان كانت الاينوريزما في اسفل السبائى الاصلى او الشريان تحت
الترقوة كما مر وهذه العملية مع ما فيها من التهور لم تعمل في حى قط لكن يمكن
تجاربها باعتبار ما شوهد في الاشخاص الذين عاشوا مدة طويلة ووجد الانسداد
فيهم حاصلاتارة في السبائى الاصلى وتارة في الشريان تحت الترقوة وحقق
الشرايين في الرم يثبت ان الدم بعد ربط هذا الشريان يمكن ان يصل الى الرأس
من الشرايين السباتية والفقرارية التي للجهة المقابلة والذراع يمكن ان يتغذى
من استطراق الشعب الترقوية للجانب السليم بشعب الجانب المريض لكن
هذه التفمحات لكونها قليلة الاستقامة تكون غير كافية لارجاع دورة الدم
بسرعة وقرب الجذع المذكور من الاورطى يمنع تجمد الدم في الجزء المربوط ويصير
الشفاء مشكوكا فيه وقد عملت هذه العملية وعاش من عملت له نحو عشرين
يوما وهذه الاحوال مع خطر العملية وعسرها تلزم الجراح ان لا يقدم على ربط
هذا الشريان الا في حالة اليأس والاضطرار ويكون فاعله من المهرة الممارسين

القادرين على غلبة كل عائق ومائع ثم ان ربط الجذع المذكور يمكن ان يتأق
بكشفة من ناحية الصدر وجذبه من هنالك وربطه ويلزم لذلك ان يكون المريض
مستلقيا على ظهره ورأسه مائل الى الخلف واليهار ثم يشق الجراح شقا مبتدأ به
من الجانب الانسي للعضلة الحمية اليسرى ويمتد به على اليمين الى الجهة الوحشية
من العضلة المقابلة التي تقطع على مجس قنوى بقرب محل ارتباطها في القص
ثم يشق على هذا النحو العضلة القصية الالامية والعضلة القصية الدرقية ويصل
الى الشريان السباتي الذي يجزم لاهداء الاصبع الى الجذع الذي لا اسم له وطريقة
المعلم سباتيه يكون فيها وضع المريض كما ذكر ثم يشق الجراح شقا متصاليا
في اسفل الجهة المتدمنة للعنق مائلا به الى اليمين قليلا ثم يقطع العضلة القصية
الحمية والقصية الدرقية وكيفية لاختالف السابقة الا في كون الشق فيها
متصاليا وعلى رأى المعلم كآوت ان الشق يكون نائيا مقلوبا

التاسع الشريان القدي واعتباراته المرضية هي انه يكون وضعه غير غائر
على سطح القدم هو معرض كثيرا لان ينحرج خصوصا في قصد القدم ولكونه
من تركز على عظام المشط يمكن ضغطه فان تعسر ضغطه من هذا المحل ضغط
على نهاية الشريان القصي المقدم وهو مغطى في الجزء السفلي من الساق بالجلد
وبالوتر العريض القصي وبطبقة خلوية وبلا مس السطح الوحشي للقصبة فيما بين
العضلتين القصية المقدمة والكبيرة الباسطة للاصابع والضغط المذكور يفعل
من هذا المحل بواسطة رفايد درجية ولقافة واما الاينوريزما فقد شوهدت فيه
عقب الجروح ايضا وعاقبتها جيدة للتمكن من الضغط فان تعسر وجب ربط
الشريان القصي المقدم هذه هي اعتباراته المرضية واما كيفية ربطه فاذا ارتكز
القدم فوق سطح صلب وشق على سطحه الظهري نحو اتجاه الخوا الاول المشطى
انكشفت المسافة الكائنة فيما بين وتر العضلة الباسطة للاصابع والوتر الاول
للعضلة القدمية الباسطة للاصابع ووجد الشريان القدي موضوعا في هذا المحل
العاشر الشريان القصي المقدم وقبل ان تكلم على ربطه نذكر اعتباراته المرضية
مع اعتبارات الشريان القصي الخلفي واعتبارات الشريان الشظي فنقول

اما اعتبارات القصبي المقدم فهي انه اذا جرح من الجهة السفلى للساق وجب
 كشفه من محل الجرح ثم يربط طرفاه وهذه العملية سهلة لكنها قد تعسر جدا
 عندما يكون الجرح في النصف العلوي من الساق لان الشريان في هذه الجهة
 موضوع فيما بين تعضله القصبية المقدمة الكائنة من الانسية والعضلتين القابضة
 المشتركة للاصابع والقابضة لخصوص الابهام الكائنتين من الوحشية ويلاصق
 الرباط بين العظمين ويشغل المسافة الضيقة الخلوية الفاصلة بين هذه العضلات
 وقد تصير العملية اعسر من ذلك عندما يرتشح الدم في الساق فان الامر حينئذ
 يصير منوطا بمخنق الجراح ليزصفه هذا العارض حتى يتمكن بطريقة مخودة
 واما اعتبارات الشريان القصبي الخلقي فهي انه لكونه موضوعا في الجهة الخلفية
 للساق ومعظمه مغطى بعضلات غليظة جدا يكون بعيدا عن تأثير الاجسام
 الجارحة لكون ذلك يقيه ويصونه عنها لكن ~~يمكن~~ جرحه من الهام او نحوها
 او من شظايا عظمية حصلت في كسر الساق وحينئذ فمحل الربط هو كول الى
 اجتهاد الجراح ويختلف بحسب الجزء الذي اصيب فيه الشريان فيربط في الثالث
 السفلى من الساق لكون الشريان هناك موضوعا امام الخافه الاتسيه لوتر
 اكيله المسحى ايضا بالعروق فيما اذا كانت الافة في احد الشرايين الانخسية
 ويمكن ربطه في الجهة الوسطى من الساق فيما اذا انجرح الشريان المذكور من تلك
 الجهة لكنه عسر جدا وربط الشريان القحذي حينئذ آمن وأسهل واقل ايلا ما
 ويضطر لذلك ايضا فيما اذا كان الشريان القصبي الخلقي مصابا في جهته العليا
 واي نوريزما الشريان القصبي المقدم والشريان القصبي الخلقي او الشظي اذا كانت
 في الجهة العليا من الساق قد تبقى مجعولة زمنا طويلا بسبب غور هذه الاعوية
 ومنع الوتر العريض للساق بسبب متاسته لغور هذه الاورام ولا تظهر الى الخارج
 الا بعد عظم الورم جدا والذي يعرف منها بسهولة اي نوريزما الشريان القصبي
 المقدم بسبب وضعه في مقدم الجهة العليا من الساق والذي يشتبه منها هو
 اي نوريزما الشريانين الاخيرين باي نوريزما الجهة السفلى من الشريان المابض
 وفي جميع هذه الاحوال ~~يمكن~~ ربط هذا الشريان الاخير اذا لم ينجح

ضغط الشريان التغذي لكن من حيث ان هذا الشريان موضوع وضعاً
 غائراً بحيث يربط الشريان التغذي كما في ايتوريزما مابض الركبة
 واذا كان مجلس الورم الايتوريزمي اسفل من ذلك سيما اذا كان في الجهة
 السفلى من الساق وجب ربط الوعاء المصاب بالايتوريزما قريباً من الورم ما أمكن
 بسبب ان كثرة التغميمات هناك ربما ابقّت الورم مستمر هذه هي الاعتبارات
 المرضية في الشرايين الثلاث واما ربط الشريان القضي المقدم فاما ان يربط من
 الثلث السفلى من الساق وهو في هذا المحل موضوع فيما بين وتر العضلة الباسطة
 للاصابع المار تحت ذلك الشريان بانحراف وبين العضلة الباسطة المشتركة
 للاصابع ويسهل كشفه من هذا المحل بواسطة شق طوله قيراطان على موازاة
 حافة القصبة بعيداً عن جهتيها الوحشية بنصف قيراط واما ان يربط في
 الثلث العلوي من الساق ويلزم الجراح في هذا ان يعرف اولاً المسافة التي تفصل
 بين العضلتين القصية المقدمة والباسطة للاصابع ثم يضع اصابع يده اليسرى
 على طول الانخفاض المحسوس به في هذا المحل لتهدى سير الشرط الذي يشق به
 الجلد بقدر ثلاثة قيراط ثم يقطع الوتر العريض يشق ثانياً ثم يرفع المساعد القدم
 لتسترخي العضلات وتبعد العضلة القصية المقدمة عن الباسطة فيوجد الشريان
 غائراً ملتصقاً بالرباط بين العظمين وعلى جانبه الوحشي العصب القضي المقدم
 ويوجد معه وريدان يعسر تبعيدهما ولا ضرر في ربطهما معه هذه هي الكيفية
 الاعتيادية واما كيفية المعلم ليسفرن فيبتدئ بالشق من فوق الجانب الوحشي
 لحافة القصبة ويجعله منحرفاً من الداخل الى الخارج مستعلياً به بحيث تكون
 جهته العليا بعيدة عن الحافة المذكورة بقيراط او قيراط ونصف على حسب حجم
 المجموع العضلي وبعد شق الجلد والنسيج الخلوي يشق الوتر العريض للساق عرضاً
 بالشرط وشق الجلد يكون في الغالب موازياً للالياف اللحمية ثم ينقذ في القرعة
 الاولى بين العضلات التي توجد هناك ويبتدئ الشق من حافة القصبة فيوجد
 الشريان فيما بين العضلة القصية المقدمة والعضلة الطويلة الباسطة للاصابع
 وقد حكم على هذه الكيفية بانها غير ناجحة

كيفية لبسفرن

الحادى عشر الشريان القصى الخلقى وربط هذا الشريان امام من آخره وذلك
خلف الكعب الانسى ويكنى لكشفه حيثئذ ان يشق خلف الكعب الانسى شق
فوقه فإطمان بعيدا عن حافته الخلفية بثلاثة خطوط او اربعة فيوجد تحت
الجلد ورقة مستعرضة من الوتر العريض مندمجة الياق موضوعة على عضلات
الساق الغائرة فتشق تلك الورقة فيظهر الشريان وعلى جابه الوحشى العصب
الساقى وامام من وسطه وذلك اسفل نصف الساق فان الشريان القصى الخلقى
المذكور يوجد شاغلا لمعظم المسافة الكائنة بين وتر اكيلاه والحافة الانسية من
القصبية ويكنى لكشفه من هذا المحل ان يشق شق طويل فينكشف الوتر العريض
الخلقى للساق ثم يشق ذلك الوتر فيوجد تحته الشريان والمعلم ليسفرن يريد ان يتقدم
الشق في هذه العملية من وتر اكيلاه صاعدا عنه بانحراف نحو القصبية بثلاثة قراريط
ثم يضع الجراح الاصبع فى الزاوية السفلى من الجرح ويد يربطن الكف نحو وتر اكيلاه
فتخدم لتباعد العضلات ولرؤية الشريان وهذا الشق كغيره من انواع الشق التى
ذكرت فيه عيب وهو انه غير موازى لاتجاه الوعاء المراد كشفه وربطه وامام من اوله
وذلك فى الثلث العلوى من الساق وينبغى فى كشفه من هذا المحل ان يكون الساق
منتصيا على الفخذ قليلا وما تلا الى الخارج ثم يشق الجراح على موازاة الحافة
الانسية للقصبية من جهة الخلف متباعدة عنها ببعض خطوط شقا طوله
نحو اربعة قراريط ثم يشق التصاق العضلة النعلية بهذه الحافة وبانحط المنحرف
للقصبية ويقلب المساعد العضلة النعلية والعضلة التوأمية الى الوحشية والخلف
والجراح يشق حيثئذ الوتر العريض المغطى للعضلات الغائرة من الساق فيجد
الشريان زائدا فى الغور الى الوحشية كلما اقتش عليه من اعلى هذا وتقلص العضلة
النعلية والتوأمية قد يمنع التمكن من دفعهما

الثانى عشر الشريان الشظي وكشف هذا الشريان وربطه لا يتأتى فعلاهما الا من
الثلث الاوسط للساق لانه ان كان من اعلى فلا يمكن ان يوصل الى الشريان من غير
حدوث ضرر عظيم وان كان من اسفل ضاع الشريان بين العضلات وانتهى فيها
والمعلم شوسيه اضطر فى كشف الشريان المذكور الى شق الحافة الانسية من

العضلات النعلية وانتوائية واما المعلم ليسغرن فكانت تصل الى الشريان المذكور
من وسط الساق فيشق الجلد فيما بين وتراكيه والشفوية ثم يشق الوتر العريض
الغائر فيجد الشريان تحت الحافة الانسية للعضلة الطويلة القابضة للابهام
او فيما بين اليافها

ترتيب في آفات شرايين الساق

مضى كان تزيف الساق او اورامه الدموية او الاينوريزم فيه ناشئة من آفات
لا يمكن معها تعيين الوعاء الذي هي فيه او كانت العمليات اللازمة لربطه تحدث
خطرا فالا جود ان يصعد الى الثلث العلوي من الفخذ ويعمل الربط فوق الشريان
الفخذي وهذا قد استعمله المعلم ديويترون اولا في كسر عظمى الساق مع اينوريزم
كاذبة كانت معه وثانيا في شخص اصيب من الاسلحة النارية بافة في هذه
الشرايين والمعلم ديليس استعمله في مثل الثاني وقد شاهد المعلمان هودجسون
واسكاريا حركات عديدة تفصيح ربط الشريان الفخذي في انواع من الاينوريزم
الصادق كان في الساق

الثالث عشر الشريان المابضي واعتباراته المرضية كما في اكثر الشرايين ان يتدأ
بحبس التزيف بالضغط اما على نقص الشريان في الحفرة المابضية بين العضلة
الغشائية لنصف وذات الرأسين واما اسفل من ذلك فيما بين ارتباطات العضل
النعل والاسهل والاحسن من ذلك ان يكون الضغط على الشريان الفخذي
وينبغي دائما ان يربط طرف الوعاء المنفصل ليجتمع التزيف المفرع الذي يمكن حصوله
من الطرف السفلي للوعاء بسبب كثرة التفرعات الكائنة بين الفروع المفصلية
وهذه التفرعات هي التي تمنع غنغريسا الطرف اذا ربط او كانت فيه اينوريزم
عتيقة والاينوريزم في الشريان المابضي المذكور اكثر منها في بقية شرايين
الجسم لانه معرض لتحد جدرانه من زيادة انبساط الساق واذا كان فيها بعض
تغير صير طبقاته ارق مما كانت والرجال مستعدون لذلك اكثر من النساء لكثرة
الرياضات والاشغال العنيفة منهم والغالب ان الاورام الاينوريزمية تكون

في الجهة الوسطى من ثنية المابض وقد تكون في الجهة العليا من الساق والسفلى من الفخذ وتشخيص الايتوريزما سهل اذا كانت في ثنية المابض وعسر اذا كانت في الجهة السفلى للشریان لكونه هنا لا يتحقق في العضلات الغليظة لبطن الساق ولم يتجاسروا على ربط الشريان المابض الا من مدة قريبة لكونهم كانوا يقولون انه غليظ وكثير الغور وضروري لغذاء الرجل فكان الضغط هو الواسطة الجيدة لايتوريزما هذا الشريان ومع هذا قالوا لم يعمل الامرات قليلة ثم تركه الا كثرون الى الان والاسهل منه كشف الشريان الفخذي قبل مروره تحت وتر العضلة الثالثة المقربة ومن المعلوم ان ربط الشريان المابض اذا كانت فيه الايتوريزما لا يتأق الا قرب الافة وذلك غير جيد لان جذران الشريان قد تغيرت فلا تحمل تأثيرا لطيف هذه هي اعتباراته واما ربطه فاما ان يكون من الجزء الساق وهذا يحتاج لان تكون الرجل ممتدة ومن تكرر من سطحها المقدم على وسائد ثم يشق الجراح شقا بالطول على الخط الفاصل بين التوأمتين وبعد شق الجلد والوتر العريض تبعد الحزمتان العضليتان ثم يكشف بحسب الاختيار اخر الشريان المابض او منشأ الشرايين الثلاثة للساق وهذه الكيفية قد عرفت من زمن طويل واما من الجزء الفخذي وهذا يحتاج لان تكون الرجل موضوعة على سطحها المقدم ويشق الجراح في الحفرة المابضية شقا طوله قيراطان الى اعلى المفصل بقرب وتر العضلة الثالثة من مة ربات الفخذ في الجهة الوسطى من المسافة التي بين لقمى الساق وبعد شق الجلد يبعد الصفاق الخلوية بيده المشرط وكذا العصب الوريكي والوريد الصافن الى الجانب الانسي من الجرح فيصل الى الشريان الذي هو غالباً مغطى هذا الوريد المصاحب له هذا ولما كان الشريان المابض غائرا في الشحم ولا يحصل من ربطه نجاح محقق به يفوق عن ربط جذع الشريان الفخذي من نهاية الثلث العلوي من الفخذ نظرا لرجوع دورة الدم فيها لاصلها في الفخذ كانت العملية الثانية مختارة الان عن العملية الاولى

الرابع عشر الشريان الفخذي اما اعتباراته المرضية فهي ان جروحها في الغالب مهلكة ان لم يحصل للمر يضاسعاف ثم ان كان الجرح في الثنية الاربعة وجب

الضغط على محل الجرح ليتمكن من إيقاف النزيف متى وقف فليبادر بربط
الشريان المحرق في الظاهر وان كان الجرح في الشريان الفخذي أسفل الشعب
المتفرعة منه للفخذ بحيث يسهل الضغط على جسم العانة كان الربط سهلاً
لا يخطر فيه ويتمكن من الضغط على الشريان الفخذي وهو في ثنية الاربعة
بالانكساء على القرع الافقي للعانة او بوضع الاصبع بالعرض على القوس الفخذي
والتحامل به وهذا يسهل مع الاجتهاد في امالة الفخذ لتسترخي الاربطة الاربعة
ويسهل ضغط الشريان الفخذي ايضاً من الجهة الانسية للفخذ على ملتقى الثلث
السفلي بالثلثين العلويين من الفخذ عند مجاوزته للعضلة الشالفة المقربة وفي هذا
المحل يمكن وضع الكابسة وهذا الضغط يستعمل فيما اذا كانت الافة في الشريان
المابضى وفروعه وايثوريزما الشريان الفخذي المذكور اما ان تكون في الجزء
العلوى منه او الاوسط او الاسفل فالتى تكون في الجزء العلوى تستدعى ربط
الشريان المحرق في الظاهر الذى سنتكلم عليه فيما بعد ان كانت اسفل اصل
الشريان الغائر وان كانت اسفل الشريان الغائر نفسه امكن الضغط على شعبة
العانة ويكفى ذلك في شفاء بعض انواع الايثوريزما لكن الغالب انها تستدعى
العملية والتى تكون في الجزء الاوسط من الفخذ وفي الجزء السفلى منه يجب
فيها الربط اسفل الشريان الغائر بقيراط او اكثر من ذلك اذا كان ممكناً واذا ربط
اصل الشريان الفخذي او المحرق في الظاهر كان خطر ذلك اقل من خطر الربط
اذا كان قريباً جداً من اسفل هذه الشعبة الغليظة وبعض الجراحين يظن ان
الاجود في الايثوريزما التى في الجزء السفلى من الفخذ ان يربط الشريان الغائر من
جزئه العلوى لان الاوعية القريبة للورم الخادمة لارجاع دورة الدم لا توجد هناك
ويقول ذلك ايضا في الايثوريزما الشريان المابضى لانه كلما بعد الربط عن المحل
القريب من المرض كان رجاء الشفاء اكبر هذا والاوعية الحافظة للدورة بعد الربط
تختلف باختلاف الجزء المربوط من الشريان فاذا كان الربط في الثلث العلوى من
الفخذ قهر الدم على ان يمر بكمية كثيرة في جذع الشريان الغائر ومنه ينفذ
في الشرايين المفصلية ويمكن ان يعود للشريان الفخذي من اسفل الرباط بواسطة

الفروع العضلية فيصير مفتوحا الى الايتوريزمالسكنها تكون ضيقة جدا وضعف
 توارد الدم المار فيها لا يتسبب عنه عائق الغشاء اصلا واذا كان الربط اسفل
 القوس الفخذي حالا من الدم من فروع الشرايين الالية والوركية والعانية
 السفلى والتناسلية الى الفروع الصاعدة للشريان الغائر ومنها الى جذعه حتى
 يصل الى الشريان الفخذي لكن معظم الاشخاص يكون فيهم اصل الشريان الغائر
 غير نافع للدورة فاذا كان الدم فيه جاريا في الفروع العليا منه نزل في طول الفخذ
 من جملة قنوات متوسطة الى الشرايين المفصليّة وهي توصل الى الشريان
 المابضي فان كان العائق غير ممتد الى الاسفل اوصلت الشرايين العضلية الناشئة
 من الشريان الفخذي الدم الى الجهة الوسطى لهذا الوعاء وجزء منه يكف
 عن تقيم وظائفه واذا كان الربط من نهاية الشريان اعني اسفل دخوله
 في الثالثة من مقربات الفخذ حفظت الدورة بواسطة الشرايين المفصليّة العليا
 المركبة التي تتقيم فروعهما من جانب بالفروع السفلى للشريان الغائر ومن الجانب
 الاخر بالشرايين العضلية الناشئة اسفل الشريان الغائر فان لم يتمكن الدم
 من الرجوع من الشرايين المفصليّة العليا الى الجذع المابضي بسبب الايتوريزمال
 التي فيه من الدم من تفاريع هذا الفرع الى الفروع الصاعدة للشرايين المفصليّة
 السفلى وللراجعة القصية وذلك مما يكون حوالى الركبة جملة كثيرة من اوعية
 عوضية وهذه الحالة ثبتت من فتح الموتي مرات كثيرة هذه هي الاعتبارات
 المرضية للشريان الفخذي واما ربطه فان كان من نحو نصف الفخذ فينبغي فيه
 ان يكون المريض مستلقيا على ظهره ونحوه مشي نصف انتنا ومنقلب الى الخارج
 والجراح يشق شقا طوله ثلاثة قراريط على طول الحافة الخلفية او الانسية
 للعضلة الخياطية ثم تفرق الياف هذه العضلة بطولها وتكون هيئتها على شكل
 شريط ثم ترفع الحافة التي انكشفت من العضلة الى الامام وبعضهم يرفعها
 الى الخلف فيوجد اسفلها حزمة الاوعية فتشق الصفيحة المغطية لها فيظهر
 الشريان وعلى جانبه الانسي الوريد ومن خلفه العصب وملمتصقا به بدون واسطة
 حبل عصبي يذبح تبعيده عن الشريان باحتراس وهذه الكيفية هي المستعملة

عند الجميع ونسبتها الى المعلم ليسفرن خطا وليعلم ان الشريان يزيد في الغور
تحت العضلة الخياطية كلما قش عليه من اسفل واما ربطه في الثلث السفلي
من الفخذ فينبغي فيه ان يشق الجراح على طول الانخفاض الذي يفصل الجزء
الانسي من ذات الروس الثلاث عن العضلات المقربة شقا كالسابق ثم يبعد
العضلة الخياطية الى الخلف فيرى الشريان في طريقه خلف وتر العضلة الثالثة
من المقربات وكان المعلم هتير يريد ان يكون ربط الايتوريزما الشريان المابض
في هذا المحل واما ربطه في الجزء العلوي من الفخذ فينبغي فيه ان يشق الجراح
من اسفل وسط القوس الفخذي شقا طوله قيراط ثم يأتي به الى جهة الباطن برفق
فحو الحافة الانسية للعضلة الخياطية وفي هذا المحل يكون ابتداء تغطية هذه
العضلة للشريان الفخذي وفيه يوجد رأس المثلث المتكون من اجتماع الجزء
الانسي لذات الروس الثلاثة بالثانية المقربة وبعد ان يشق الجلد والنسيج العلوي
يشق برفق ورقة الوتر العريض الكائنة امام الاوعية ومن حسن الرأي ان ينقذ
الجراح مجساقنويا تحت هذه الورقة ليشقهها من غير خطر فينكشف له الشريان
ثم لا يتم بعد ذلك بشئ الا بعزله وافراده ثم تنقيد الرباط تحته

الخامس عشر الشريان الحرقفي الظاهر اما ربط هذا الشريان فمن العمليات
الخطرة في الجراحة الحادة واستعملت اول مرة في سنة الف وسبعمائة وستة
وتسعين من جراح ماهر انجليزي اسمه ابيرينتي وتعمل فيما اذا كان هناك نزيف
حاصل من افة في الشريان الفخذي قريبة من رباط فلويسو وتعذر ربط الشريان
الفخذي نفسه فيما بين الافة ورباط فلويسو وتعمل ايضا فيما اذا كانت الايتوريزما
في الشريان الفخذي اسفل الشريان الغائر وفي اصله قريبا جدا من ثنية الاربية
بحيث يتعذر عمل الربط اسفل رباط فلويسو المذكور لانه لكونه دائما يخشى
من ان يكون الوعاء مريضاً من قرب الورم يختار ربط الشريان الحرقفي الظاهر
وربط الشريان الحرقفي الظاهر بعد المعلم ابيرينتي استعمل اكثر من ثلاثين مرة
في بلاد فرنسا والانجليز وابطاليا وغيرها واكثرها نجاح وقد عملها ايضا كلوت
يكن في مارستان العسكرية الذي في ابي زعبل بالديار المصرية في ايتوريزما اربية

في سنة اربع واربعين ومائتين بعد الالف هجرية الموافقة لسنة الف وثمانماية
 وتسعة وعشرين عيسوية هذا والاوعية الاستعواضية بعد سد الشريان الحرقني
 تكون من جملة تغممات تحيط بقاعدة الطرف البطني فتحفظ فيه دورة الدم
 فمنها من الامام الشريان الشراسيني والجلدي البطني ومن الوحشية المحيط
 المنعكس الحرقني ومن الانسية الاستحيائي الظاهر والشرابين المحيطة المنعكسة
 الفخذية ومن الخلف القروع الكثيرة النازلة للشريان الغائر التي ترسل للجذع
 الفخذي الدم الذي قبلته من الثدي الباطن والشرابين بين الاضلاع السفلي
 والقطنية والحرقية القطنية والعجزى الجاني والساد والاستحيائي الباطن
 والالي الوركي والتغاريح التي تنتهي بها هذه الفروع تتمدد وتستحيل اخيبتها
 التغممية الى قنوات وقد تظهر حينئذ تغممات مخصوصة واسعة بالكفاية
 وتوجد اما حوالى بصيلة مجرى البول واسفل الجذع تحت العناية او من الخلف
 نحو الالية او من الوحشية فيما بين الحرقني القطني والشربان المحيط الحرقني
 واما كيفية كشفه فقد كان المعلم كوبريشنق من المريض بعد ان يستلقي على ظهره
 جدران البطن شقاها لايام مبتدأ من الشوك الحرقية المقدمة العليا الى الحافة
 الانسية من الحلقة تحت العناية على حسب اتجاه الياف الوتر العريض الذي
 للعضلة المنحرفة الوحشية ثم يشق هذا الوتر على نحو الشق الاول في الطول
 والعرض والاتجاه ثم يرفع الهدب والالياف السفلى التي للعضلة الصغيرة المنحرفة
 والتي للعضلة المستعرضة ويكشف الحبل الخصي وقحة اللقافة الباطنة المار فيها
 ثم يتخذ اصبعه تحت الحبل ويرفعه وكذا البريتون فيصل حالا الى الشريان ويجد
 على انسيه الوريد الحرقني ويسهل التنحي عن الاعصاب الكائنة في الجهة
 الوحشية المصانة بلوح وترى عريض ولكنه قد يوجد خط عصبي ملتصق
 بالشربان لا يمكن فصله عنه فينبغي قطعه بالعرض قبل شد الرباط والالات التي
 يبعد بها هنا وريد الشريان بدون خطر هي في الغالب الاظافر واما المعلم ابريني
 فكان يشق من البطن قدرا اربعة قراريط يستدعي بالشق من امام الشوك المقدمة
 العايم من العظم الاسمية بعيدا عنها بقيراط ونصف الى الجهة الوسطى من رباط

فويأرأى القوس القمخذي ثم يبعد حافتي الجرح ويشق الوتر العريض الذي للعضلة
 الأعظمية المنخرقة ثم يتخذ الاصابع تحت العضلتين المنخرقة الانسية والمستعرضة
 لأجل صيانة البريتون ويشقهما من أسفل إلى أعلى بمشرط ذي زر ثم يشق تحت الجملد
 المصاب قليلا ويديره إلى الخارج لتسترخي الأجزاء ويبعد البريتون عن محله إلى
 الجهة الانسية ويصل للحافة الانسية التي للعضلة ابسواس ويقال لها
 العضلة القطنية أيضا فيحس بضربان الشريان في هذا المحل وفي كلاهما تين الكيفيتين
 يكون القمخذه مسطاف في مدهش الجلد وعضلات البطن وإذا اندفع البريتون إلى
 الأسفل بالجركات العنيفة من المريض ومنع ذلك من اتمام العملية وجب حيثئذ
 ان يضع المساعد الاصابع الاربعة في الجرح ليرفع البريتون ومن المهم جدا
 ان لا يتحرك المريض مدة العملية حركات عنيفة ولا يصرخ لان ذلك مما يدفع
 الاحشاء إلى الخارج بل ربما خرجت وذلك مما يسبب أيضا اتقاخ الوريد
 المحرقى وبعد انتهاء العملية ينبغي ضم الجرح بدون واسطة او بواسطة العصايب
 اللزجة او الخياطة المرودية والجدع يكون مرتفعاً قليلاً والقمخذان يكونان مثنيين
 قليلاً على البطن

حكمة على باتين العمليتين

اما كيفية المعلم كور ففهي عيب وهو ان الشق فيها يكون غالباً على عرض
 اتجاه الشريان الذي يراد ربطه ويكون نازلاً جداً فلا يتفع عند ما ترفع الايتوريرما
 القوس القمخذي جداً ويعسر فيها ربط الشريان من محل عال عن محل تقم
 الشريان الشراسيفي لكونه يرسل الدم إلى الطرف السفلي فيمنع انسداداه فيحصل
 انواع التزيف السابغى المهلك في هذه العملية من ذلك السبب واما كيفية المعلم
 ايرينتي فليس فيها هذا العيب لانه يسهل فيها انكشاف طول الوعاء كله
 وهي الكيفية التي استعملها المعلم دبو يترن وديلبورتا وبوشيه وملاه واغلب
 الذين استعملوا ربط الشريان المحرقى وهي التي عملها الجراح الماهر كلوت رئيس
 المدرسة الطبية باني زعبل على ما مر

السادس عشر الشريان الحرقني الباطن اما اعتباراته المرضية فربطه من العمليات الحادثة واستعملها اول مرة بنجاح جراح انجي يزي يقال له يونس في ايتوريزما الشريان الالي ويظهر انه لم يسهل عملها بعده غيره ومع ذلك فليست بعملية خطيرة لان هذا الوعاء له تفرعات عديدة بمقابلته وطريقته لا تختلف عن الطريقة المستعملة لربط الشريان الحرقني الظاهر وتعمل في جروح الشريان الالي وفي ايتوريزما فيه كما تعمل في الاورام الانتصائية العظيمة الحجم الالية التي كثيرا ما تكون مجلسا لهما والاوعية الاستعواضية تتكون من الاستطرافات التي تحصل فيما بين الحرقني الباطن المربوط والحرقني الباطن المقابل له والفروع الناشئة من الشريان الفخذي في هذا الجانب واسعة جدا وكثيرة العدد فلا يخفى في ربط هذا الشريان من توقف الدورة وما كيفية ربطه فتكون على قاعدة ما علم ابريتي ويكفي لذلك ان يتجه الجراح بشق عضلات البطن الى اعلى قليلا ثم يبعد البريتون حتى يظهر محل تفرع الجزتين وينبغي في الرباط ان يكون بعيدا عن الشريان الحرقني الاصل بمسافة اقلها قيراط وهذا عسر جدا واسهل منه ربط آخر الشريان الحرقني الاصل

واعلم ان الشريان الحرقني الاصل يمكن ان تعمل فيه عملية الربط فيما اذا كانت ايتوريزما في الشريان الحرقني الظاهر لان كشفه ليس باعسر من كشف السابقين غير انه يحتاج الى فصل البريتون اعلى مما في عملية السابقين وتكون الرجل في هذه العملية معرضة للغمغرة اكثر مما في السابقين وعملية ربطه وان لم تعمل اصلا فطريقته كطريقة ابريتي في ربط الحرقني الظاهر والاوعية الاستعواضية في هذه تتكون من تفرع شرايين الجانب الذي وقع فيه الربط بشرايين الجانب الاخر على الخط المتوسط فتعود دورة الدم الى مجراها الاصل بنزول الدم من الشريان الباطن والشرايين بين الاضلاع والشرايين القطنية في الشرايين الشراسيفي وشرايين جلد البطن والمحيط الحرقني ونهاية الشريان الماساريقي السفلي والعجزى الاوسط والشعب الكثيرة للحرقني الباطن فان كلا من هذه يتفرع بنظيره من الجانب المقابل على الخط المتوسط وهنا السبل اخر

يتوارد منها الدم عند سد الوعاء الى الجذع الخلفى والفروع المساعدة من الشريان
الفغدى الغائر

السابع عشر الاورطى واعتباراته المرضية هي ان آفاته اكثر آفات الشرايين
خطرا وهو معرض للتعظم والتضخات الاينوريزمية سيما قرب اصله وليس مصونا
عن الآلات الجارحة وجروحه دائما مهلكة يتسبب عنها هلاك المجروح في زمن
يكون على حسب سعة الفتحة الخارج منها الدم واما الاينوريزما فيسه ففي اصله
وثلاث بخرته العلوى وهو الصدرى كثيرة الحصول بخلافها في ثلثيه السفليين فهي
نادرة واينوريزما الاورطى البطنية متوسطة الحصول بين السابقين والمستعمل
في هذا الداء المهلك من للعالجة انما هو قاعدة المعلم والزو وليس من النافع ان
يتميل على عمالية جراحية فيما اذا كانت الاينوريزما في ثلث الجزء الصدرى من
الاورطى او مبدء الجزء البطنى وقد رأى بعضهم انه يمكن تجرية ربط الجزء السفلى
من الاورطى فيما اذا كانت الاينوريزما قريبة جدا من تفرعه الى فرعين او شاغلة
للشريان الحرقى الاصلى وقد ظهر من المشاهدات والامتحانات ان ربط الجزء
السفلى من الاورطى يمكن عمله في البشر خصوصا وهذه العملية لا يضطر اليها الا في
الامراض المهلكة عندما يكون موت الشخص آيلا للحصول وخصوصا ايضا
الاجتهاد في واسطة مشكوك في نجاحها اولى من ترك المريض لموت محقق فالجراح
الماهر يمكنه ان يقدم على مثل هذه العملية في وقت الاضطراب اليها من غير ان
يشوش فكره او يحاطر في شرف الفن وقد عملت هذه العملية مرة واحدة من مدة
بعض سنين عملها جراح انجليزى اسمه اصلينكور في اينوريزما عظيمة الحجم كانت
في الشريان الحرقى الاصلى ولم يعيش صاحبها الا اربع ساعات من بعد العملية
وهذا لا ينبغي ان يوهن شجاعة الجراحين المهرة عن فعلها فان عدم نفعها
في هذه المرة لا يمنع نفعها في مرات اخرى والاعوية الاستعواضية التي بها
ترجع دورة الدم الى مجراها الاصلى تكون من تقسمات الشرايين القطنية
من الجانبين ببعضها فان هذه الاعوية ترجع الدم بسرعة الى الاورطى اسفل سدها
ويدل لذلك انه اذا حقنت الاورطى الذي ربط من رمية ميت وصلت مادة الحقن

الى الاطراف السفلى من تلك التغممات وكل من الشرايين الثديية الباطنة والصدرية يعين بتغممه مع الشرايين الشرايفية القطنية على ارسال الدم الى الاطراف البطنية ثم ان تغمم فروع الشريان شيليكون مع الشرايين الماساريقية العليا وتغممات الشرايين الماساريقية ببعضهما وبالفرع الناشئة من الحرقني الظاهر لاشك في انه نافع حيثئذ لتكميل جلة الاوعية العوضية للاورطى واما كيفية ربطه فينبغي في ربط جذع الاورطى ان يستلقى المريض على ظهره وتكون جدران البطن مسترخية ثم يشق الجراح على طول الخط الابيض ثلاثة قراريط اواربعة شقا يحيط بالسرة من جهة الشمال ويتخذها بالاحترا من الواجب الى تجويق البريتون ثم ينفذ السبابة اليسرى في الجرح ويبعدها الامعا حتى يصل الى الاورطى ويمزق بنظرها البريتون حتى يحيط بالوعاء وتكون مهدية للابرة التي لاسن اها الحاملة للرباط وينبغي ان يحترس الجراح عند شد الرباط على الوعاء من ان يكون قد اجتمع معه جزء من الوعاء ثم ياتي باطراف الخيط الى حافة الجرح ويثبتها هنالك الى ان يسقط الرباط وانضمام الجرح يكون بالخياطة وبالعصايب اللزجة وقد عمل هذه العملية المعلم كوبر من مدة سنين قريبة وربط الاورطى في اينوريرت ما الشريان الحرقني الاصلى لحفظ صحة المريض بعد ان تاكد بالتجربة في الكلاب ان دورة الدم تحصل بواسطة الشعب الجانبية فهي تسيله وللمعلم يارى وابراهام وييل وجود سون وقد شاهد المعلمان اوديكسون واينورى انسداد الاورطى بدون ان يحصل منه موت والمعلم يكلار شاهد تجربتها ونفعها في الكلاب

الرابعة من آفات الشرايين الاينوريزمالية والدوالي الاينوريزمية

الدوالي الاينوريزمية ورم ينشأ من اجتياز دم شريان في جوف وريد قريب منه بعد انفصال اغشية الوعاءين والتصاقهما ببعضهما وقد يتفق ان ينشأ من الوريد حينما يقبل الدم من الشريان كيس اينوريزمي امام جرح الشريان ويكون ورما يسميه بعض الناس اينوريزمادواليه ولكن هذا التمييز دقيق غير مهم والدوالي

الاينوريتمية شوهدا عليها في الذراع عقب الفخذ الذي تفد فيه المبيض من الوريد
 الوسط الشريان واصابه والمعلم دهي ترن شاهد ذلك في الفخذ والمعلمان ديليون
 وفيه شاهد ذلك فيما بين الشريان السباتي والوريد الوداجي وفي جميع هذه
 العوارض قد يتكون في القناة الوريدية ورم رجوم يستطيل يحس فيه بايزر لطيف
 موافق لضربان الشريان في الزمن وكل من الورم والازير اللذين في الوريد المصاب
 يزيد عند الغمز عليه من اعلى محل الداء وهذا يحصل بعينه بالغمز على الشريان
 من اسفل الجرح واخير يزول الورم عند الغمز على الشريان المصاب فيما بين القلب
 وقبة الشريان ثم يرجع بايزر عند الرفع وتقدم هذا الداء بطي جدا والذي
 يستدعيه بعد انتهائه كشف الشريان وربطه من اعلى الجرح ومن اسفله وذلك
 وحده كاف في حفظ المريض عن رجوع الداء واما ربطه من اطراف العلوي
 فقط فكثيرا ما شوهد فيه رجوع الدم بعد ايام قليلة واستدعي عمليات جديدة

الخاتمة في علاج جدران الشريان

تقرح الطبقات الشريانية واستحبالتها الى الغضروفية او العظمية او السرطانية
 لا تستدعي شيئا من عمليات الجراحة الا اذا كانت ناشئة عن اورام اينوريتمية
 وعن اتصبا بدموي واذا استحال الشريان عقب بتره الى العظمية وصار بحيث
 يعسر ربطه وتبطين جداراته فينبغي ان يسد بادخال اسطوانة من شمع
 او من اي جسم كان في جوفه وتحفظ برياط ضاغط متقن الى ان يتسكون فيه
 تجمد الدم ويصير صلبا

الساوسية الاورام الانتصائية والوحمة

اعلم ان الاوعية الشعرية الشريانية قد تفسد في جميع الانسجة فينشأ عنها ويلات
 عضوية تسمى بالاورام الانتصائية او القطر الدموي او الاينوريتمية التفصمية
 او الورم القطري الدموي وغير ذلك وهذا الفساد الوعائي يكون في اعضاء
 اما خلقيا او عارضا فانخلق ان تصيب هذه الاورام الجلد فتظهر تحتها بشكل
 شامات يكثر بروزها او يقل ويكون لونها ورديا او اسمر ويكثر اتساعها او يقل

ملسا وخشنة وفي بعض الاحيان يكون سطحها مغطى بشعر وهذه التولدات هي
 الخيلا ن ومنها ما تسميه العامة بالوجه وجميع جهات الجسم قابلة لان تكون مجلسا
 لهذه الدآت ولكن مجلسها الغالب هو الوجه وفيه تكثر اشاعتها بسبب التشو
 وتختلف اولافى اللون فتكون صفرا او زرقا او سمرا او سمرا او شهلا او بنفسجية
 او ذات الوان كثيرة ولا تكون خضراء اصلا وثانيا فى الشكل فتكون مستديرة او غير
 منتظمة او محدودة او منتشرة وثالثا فى السعة فتكون باورسة او عدسية او عرضية
 جدا ورابعا فى البروز والارتفاع فتارة لا تجاوئ سطح الجلد وتارة تكون مرتفعة
 عنه قليلا ومحدودة على شكل مختلف وتارة يكون سطحها مغطى بشعر كثير
 يختلف فى الطول والخشونة ومن خرافات العامة انها تعتقد ان هذه البقع الخلقية
 نتيجة نوران الخيلة او نتيجة وجة لم تستوف ولذلك سببها بالوجه وجميع النساء
 تعتقد انها اذا اشتغلت فكرتها بشئ تشبهه ووضعت يدها فى تلك الحالة
 على جزء من جسمها انطبع شكل ذلك الشئ وصورته فى الجزء المقابل لما وضعت
 يدها عليه من الجنين والتشريح يثبت ان البقع الخلقية جميعها حاصلة من تغير
 مخصوص فى الجلد والعارضى ان تظهر هذه التولدات تحت الجلد او غائرة عنه
 وتتكون الى اورام تكون فى ابتدائها صلبة وصغيرة الحجم ثم تعظم تدريجيا
 وتسترخى وتم النسيج الخلوى تحت الجلد * وهى على العموم نسيج وعائى
 هالى محتقن بدم يشبه نسيج المشيمة الخاص بها والنسيج الطحالى والا يحسن
 ان يقال انها تشبه نسيج الاجسام المجوفة للقضيب وقاعدتها تكون
 جملة من الياف وشرابين كثيرة تغرق فيها الدم والاوعية التى تنفذ فيها كثيرا
 ما تتغير وترق وتنشعب بشقوق يخرج منها السيل الذى يجرى فيها وهذه الاورام
 تكون فى بعض الناس ذات ضربان ظاهر فربما تشبه اذا كانت غائرة
 بالانوريزما وفى بعضهم ينحصر فيها دم رشي فيحصل منه فيها توج ظاهر
 وقد يصير النسيج الذى هو مكونة منه قابلا لان يستحيل الى الغضروفية
 او العظمية او السرطانية وهذه الاورام مع اتساعها وتعددتها قد تراحم الاعضاء
 المجاورة لها وتنفذ فيها وترققها وتفسدها تدريجا وتحدث فى العظام ذواتا

فطهر ايدوا اما المعالجة فبما كان من نوع الوجع ملونا بالجلد فقط فلا ينبغي
 الاجتهاد في ازالته لانه صادم من حالة مختلصة بالاعوجاج والانسجية المكونة
 للجلد وبعضهم اراد مغلطتها بالكاريات وفيما انه اذا امكنت ازالتها بهذه الوسيلة
 كان التشوه الحاصل من ذلك اقل من التشوه الحاصل من نفس الوجع ولا يمكن
 استعمال وسائط الجراحة لازالة هذه الوجع الا اذا كانت منشئة لا ورام آخذة
 في التقدم فانها تشوه السحنة او تودع الحياة في خطر وما كان منها صغيرا وذا عنق
 وجبت ازالته بالربط عليه وان لم يكن ذا عنق وجب ان تحوط قاعدته بشقوق
 ثم تزال باجتهاد ويضم الجرح حالا وفي هذه الحالة ينبغي البحث الجيد عن الورم
 لئلا يكون من الاورام الفطرية الدموية اي الانتصائية لان استئصالها مما يسرع
 في تقدمها ونموها واما ما كان من نوع الاورام الانتصائية فلا ينبغي فتحه لا بمشرط
 ولا بجسم كاو لانه يلزم من الاول سيلان دم اسود فيضاني منتشر من حواف
 الجرح ويشكو ذلك في كل برهة حتى يصير حياة المريض في خطر ومن الثاني انه
 يتولد في بعض الاحيان بعد العملية برمن ما فطر اسمر رخويدي حتى يبادي نموه عليه
 وبعدوره يعسر استئصالها جدا ولما الضغط عليه فتخرج كثيرا في الاورام الدموية
 الجلدية المحدودة الكثيرة على العظم السليم وذلك لان العظم لصلابته يصير محل
 ارتكاز للضغط ولذلك شاهد المعلم بوييه زوال داء مثل هذا كان في الشفة العليا
 لكن الغالب ان هذه الوسيلة غير نافعة لانها في بعض الناس اورثت الدم تهيجا
 منزع التقدم والاستئصال الكلي لم يذ التسيج الغير الطبيعي احق واولي وذلك
 بان يشق بعد ضغط الشرايين الرئيسية التي للجهة على الورم شق يحيط به ثم يستأصل
 بكليته بدون ان يصاب جوهره وتربط بخيخ الاوعية المتفرعة فيه بعيدا عن محل
 الجذر ان المريض والكي ربما نفع اسية عماله هنا اما الفساد تركيب التسيج
 واما لازالة اجزاء النسيج التي ربما انفدت من تحت الالات القاطعة وبقيت واما ربط
 الشرايين المارة في الورم المغذية له الحافظة للضرر بان فيه فقد اتفق حصول الشفاء
 التام عقبه ولكنه قد اتفق في هذه العوارض ان الورم بعد ان ذبل وزال اغلبه
 رجع الى حجمه الاصل عند ما ارسلت اليه التفهمات الشريانية مقدارا كافيا من

هذا الامتداد في الغالب يكون إلى نحو جذع الوعاء فيضت الوعاء كجبل صلب
 محدد غير متحرك وتحصل في الجلد المغطى له حرارة عظيمة ويحمر سر تعاويذ التهاب
 ويحتقن النسيج الخلوي المجاور له وينتفخ بل والعضو كله قد ينتفخ وينتشر
 في السطح المصاب التهاب حرازي غلغموئي وتظهر حصى بحسب شدة الالتهاب
 الموضعي وانتشاره ويعقب ذلك التقيح وتظهر خراجات قليلة أو كثيرة على مجرى
 الوريد ويسيل منها السيل المنحصر فيها لكن صماما الوريد تقلل خروج الصديد *
 والواسطة التي يقاوم بها الالتهاب الوريدي هي جميع ما يضاد الالتهاب من القصد
 العام ووضع العلق والوضعيات الملية على طول الاوردة المصابة وعندما تظهر
 الخراجات ينبغي فتحها سر يعامع التمسك باستعمال المعالجة المليئة وكل من المعلم
 هو تيروريل وايريني اوصى بان يضاف على هذه الواسطة الضغط على الوعاء من
 على الجزء المصاب من الوريد ومن اسفله ليتسبب عن ذلك التصاق جداره ويمنع
 امتداد التهابه وهذه الواسطة ربما نفعت في منع نفوذ السيلان في دورة الدم ولكن
 الامتحان برهن على ضعف الاعتماد على هذه الكيفية * وأما من منها قطع الوريد
 بالعرض من اعلى الداء واسفله لكن لا يستعمل الا في الاوردة السطحية اي غير
 الغائرة * والمعلم ربما يمس قطع مرة بنجاح الجزء المصاب من الوريد الصافن وهي
 عملية ربما كانت نافعة لكن ينبغي فيها على الخصوص ان يقاوم الالتهاب الموضعي
 فان القصد كثيرا ما يزبل او يضعف الالتهاب بحيث لا يحتاج الى العملية

معالجته بمضادات
 الالتهاب

او بالضغط

او بقطع الوريد عرضا

او بقطع جزئه الملتهب

الثالثة الدوالي

الدوالي اورام مكونة من اتساع الاوردة وتنشأ من امتناع الدم الوريدي عن دورته
 وقد تنشأ من استرخاء جدران الاوردة وتكثر في الاوردة السطحية للاطراف
 السفلى من الذين يديمون الوقوف ومن البرد والرطوبة وتكون في الحوامل ايضا
 والاوردة التي تصير دواليبة تتسع وتكون منها تلافيف يكثر عددها او يقل لانها
 تطول بسبب تمددها وتضم هذه التلافيف الى بعضها فتتكون الى اورام رخوة
 غير مستوية ذات حلقات بنفسجية اللون تزول كلها او بعضها بالغمز عليها

الدم وهذا الامر قد شاهدنا المعلوم بويتون بعد ربط الشريان السباتي لورم
انصبابي كان في صدقة الاذن

الباب الثالث في آفات الاوردة وهي ثلث

الاولى الخروج

انفصال الاوردة لا يكون خطرا الا اذا كان في الجذوع الغليظة المنحصرة في البطن
او في الصدر او كان في الاوردة الرئيسة للاطراف كالأوردة القحذى في الارمية
والابطنى بقرب الترقوة واتصلت بكليتها بالغرض واما ما كان من غير ذلك فيمكن
فيه الضغط على الوعاء المنفتح لانه يحبس النزيف قبل ان يخرج من الجذع الحاصل منها ذلك
النزيف) والعمليات التي تكون بقرب الجذع يحصل منها مشقة من خروج دم غزير
اسوديسيل منفرا من جميع اصغار الجرح فيغطي جميع الجهات ويمنع انكشافها
وعجزها والذي ينبغي معرفته حيثئذ ان الدم ينشب بقوة شديدة كلما طال المريض
صراخه ووقف تنفسه) ولاجل ان يحبس هذا النزيف ينبغي كما اوصى المعلم دويتون
ان توقف العملية برهة وان يسكن روع المريض ليكون هنالك وقت ترجع فيه
دورة الدم الى اصلها ويؤثر للمريض بان يرفع صوته بالصراخ وان يتم حركة تنفسه
بامتلاء صدره فعند ذلك لا يمنع الدم مانع عن اجتيازه في الرئة ولا يقف عن مروره
في بطن القلب اليمنى ولا في الاوردة وينبغي في العمليات التي تقطع فيها الاوردة
الغليظة ان يربط كل من طرفيها

النزيف الوويدي
زمن العملية

وسايط تدبير ذلك

الثانية التهاب الاوردة

التهاب الاغشية التي تركبت منها القنوات الوريدية اقل ندرة مما كانوا يظنون
الى يومنا هذا فانه كثيرا ما يحصل عقب القصد وبترا لاجزاء الربط والشق وكشط
الاوردة وشوهها ايضا عقب الولادة الشاقة وانتقال التهاب من محل الى محل
آخروا حصل بدون سبب موضعي ظاهر وهذا التهاب يظهر بالمحرق نتيجة
من المحل الذي جرح فيه الوريد ويمتد في بعض الاحيان الى شعبه لا يمكن

وفي بعض الاحيان قد تلتب هذه الاورام وتنحجر وتحمّر فيحصل منها ترقيف
دم اسود تخين ممتزج يقطع منه جامدة ليفية واذا اتسع ذلك الجرح من تقدم
الالتهاب حصل منه ما يسمى عند المؤلفين بالقروح الدوائية * والدوالي اذا كانت
جديدة ربما شفيت بازالة الاسباب الناشئة هي عنها وذلك كما يحصل عقب الولادة
من تمدد اوردة الساق الحاصل ذلك التمدد زمن الحبل ثم ان الدوالي في غالب
الاشخاص تكون محتملة وتدارك زيادتها بالضغط على جميع العضو المصاب
بلغافة درجية تلف على الساق او ترك من قماش او جلد مدبوغ يرزق على الساق
مع التحرز عن الاشغال المسببة لهذا الداء وهذه المعالجة ليست الامسكنة وقد
اشاروا بعمليات اخرى لحصول الشفاء من هذا الداء لكنها اشق من هذه فكان
القدماء يزيلون الدوالي بالكي بالحديد الحمي ولكنها كيفية تركت الان في الجراحة
* وقد تستأصل الاوردة المتمددة وهذا قد اوصى عليه شلسه ومع هذا فاشتداد هذا
المرض لا يحتاج الى عملية مؤلمة كهذه وان كان المعلم يريه تحسن في رأيه ان يعملها
لشخص فعملها له وشقي بالكلية وهناك واسطة استعملت بنجاح عظيم هي
الكشف على جذع الاوردة الدوائية وربطه من اعلى الداء وقد علمت هذه العملية
في الصافن العظيم لدوالي الساق وكثيرا ما تمت بنجاح لكن ذكروا انه حصلت التهابات
وريدية شديدة من هذه العملية ولما كان ربط جذع الاوردة الدوائية وانسداده
يعقبه دائما في ابتداء زمن الربط ازدياد في حجم الدوالي الحاصل من تجمع الدم في
الاوردة المتسعة ومن تهيج شديد او خفيف يحصل فيها ان يوضع رباط ضاغط على
العضو كله عقب العملية او قبلها وهو الاجود * ويمكن ان تقاوم الدوالي العظيمة
الحجم والاورام المتكونة منها بواسطة تجمع الاوردة مع بعضها بالشق المستطيل
وهذا الشق يكون فيها في عقبه خروج الدم المتجمد في الاوردة المتمددة وبعد ذلك
ينبغي ضم حواف الجرح وضغطه برفق فان الالتهاب الذي يحدث فيه يسد الاوعية
المنفتحة ويحصل الشفاء وهذه العملية معروفة قديما والان يستعملها اكثر
الجراحين وهي اسهل واقل خطرا من بقية العمليات

المعالجة

بالضغط

او بالكي

او بالاستئصال

او بالشق

الكتاب السادس في أمراض الجهاز الحسي وما تستدعيه من العمليات
المذكورة في هذا الكتاب اول آفات الحواس ثانيا آفات الحبيلات العصبية
والسلسلة الفقارية ثالثا آفات المركز الدماغي ولقاء فقيه ثلاثة ابواب

الباب الاول في آفات الحواس وفيه ثلاثة فصول الفصل الاول في آفات جهاز البصر وفيه ثلاثة مباحث المبحث الاول في آفات المسالك الدمعية وهي سبع الاولى الدمعة

الدمعة تجمع الدموع امام القلعة وسيلا نهائيا على الخد دائما بدون ارادة ومنه
يحصل تعب للابصار بسبب الانكسار العارض للضوء طال اجتيازه في الدموع
قبل وصوله الى القرنية الشفافة والذي يحوج المريض كثير التنشيف اعينهم عند
تحديق البصر لتمييز المرات اما هذا واما منع سيلان الدموع على الخد وهذا الداء قد
يصدر عن افراز غزير من الدموع لا يمكن ان تمتصه كله الاصفار الدمعية كما يشاهد
ذلك في بعض احوال الرمد والغالب ان يكون عرضا لبعض امراض في المسالك
الدمعية فيحصل عندما اذا لم يمكن ان تنفذ الدموع بسهولة في القنوات المنوطة
بنقلها للحفر الانسية وهذا يشاهد في انقلاب الجفن السفلي وفيما اذا كان هناك
ضعف او قروح في الاصفار والقنوات الدمعيتين وكذا في الورم والناصور الدمعيتين
وفي انسداد القناة الانفية والتجمدات المخاطية والورم العظمي وبوليبيوس الحفر
الانفية وغير ذلك وشفاء الدمعة يكون بمقاومة الداء الاصلى المحدث لها التي هي
عرض له بان يرد الجفن المنقلب الى حالته الطبيعية وان تزال سددا الاصفار
والقنوات الدمعية ويفتح تجويف القناة الانفية او يفتح مجرى صناعي وغير ذلك
على حسب ما يقتضيه الحال

الثانية السدود في الاصفار والقنوات الدمعية

الرمد الطويل سيما الناشئ عن الجدوى يتسبب عنه في الغالب فحش الغشاء
المغشي للمسالك الدماغية فينبغي اولاً مقاومة تهيج الملتحم وحروف الاجفان
بغسل العين كثيراً من ماء الخطمية او منقوع زهر البلسان وبوضع البلق ثم ان
احتيج الى توسيع القنوات التي فيها السدد اجتهد في ذلك بمحقن تجاوبفها
بمحقن محملة مصنوعة من محلول روح اتونيا الخفيف او من ماء الخبازي المزوج
ببعض قطرات من روح العرق او غير ذلك

الثالثة انسداد الاصفار والقنوات الدماغية

متى كانت الاصفار والقنوات الدماغية منسدة انسداداً كاملاً كان الداء
في الغالب عديم الشفاء ومع ذلك فينبغي الاجتهاد في ازالة هذا المانع بمرود أنبل
وبالحقن * وقد اوصى المعلم مونزو على انه اذا لم تنفع هذه الوسائط ففتح الكيس
الدماغي بان يدخل في تجويفه من اسفل الى اعلى حسب طول المسير الطبيعي للقناة
ابرة منظوم فيها خيط يبقى في الجرح مدة ما لكن فيه ان هذه القناة لكونها
عديمة البنية الالية سريعة الانسداد * واما المعلم بتبت فقد اوصى في هذه الحالة
على ان يفتح الكيس الدماغي فيما بين الجفن السفلي والمقلة وهذه الكيفية وان كانت
اسهل من الاولى الا ان عيها كالأولى فان كان انسداد القنوات الدماغية حاصلًا
من ضغط ورم قريب منها فينبغي ان يبدأ بإزالة هذه التولدات الغير الطبيعية

الرابعة تمدد القنوات الدماغية وتقرحها

قد شوهد بعد سد القناة الانفية ان القنوات الدماغية تمددت واتسع قطرها
حتى صار بقدر القطر الطبيعي مرتين وقد تتقرح فينتج عن ذلك ناسور في الجفن
والذي ينبغي في هذه الحالة مقاومة آفة القناة الانفية المحدثه لهذا الضرر

الخامسة انفجار جدران القنوات الدماغية

انفجار القناة الدماغية قد يحدث من حركة عنيفة عند الامتنحاط وهو نادر والذين
حصل لهم ذلك اشتشعروا بالشد في الزاوية الانسية من العين اعقبه ورم بمفترق

عملية مونزو

عملية بتبت

محدود والدام المذكور لا يعقبه خطر أصلاً والشفاء فيه يتم من ذاته لكن يعاني
بضغط خفيف وبعض وضعيات محزنة

السادسة الورم الدمعي والناصور الدمعي

الورم الدمعي يسمى أيضاً باستسقاء الكيس الدمعي وبفتقه لكونه متكوناً من تراكم
الدموع في هذا الكيس حتى يظهر كأنه خارج عن محله الذي هو شاغل له ومجلس
هذا الورم الزاوية الكبيرة للعين وهو محدود ولا يتغير منه لون الجلد غالباً وحجمه
صغير جداً ولا يسبب إلا سيرة تعب في حركتي الأجران والمقلة وإذا ضغط عليه
بالأصبع انسكب ما فيه في الأصفار الدمعية أو في القناة الأنفية أو فيهما معاً
فيحس المريض في طولها بسيلاً جزء من السيل المحتوى هو عليه إلى الخياشيم
وهذا الورم في الابتداء يكون غير مؤلم ومحتوى على دموع ثم يلهب الكيس تدريجاً
ويمتلئ من سيال أصفر مخاطي غير شفاف وتآلم جدراته وتتقرح والجرح الصائر من
هذا التقرح يبقى مفتوحاً وتسيل منه الدموع فيتكون من ذلك الناصور الدمعي
فالناصور الدمعي على هذا ليس النتيجة ورم دمعي والغالب أن فتحة تكون
أسفل وتر العضلة الخفية وقد تكون أعلاه فيكون هذا الناصور أعلى الجفن السفلي
قليلاً وكل من الورم والناصور في الكيس الدمعي ينشأ من التهاب الغشاء
المغشي للمسالك الدمعية سواء كان هذا الالتهاب أولياً فيه أو آتياً إليه كما هو
الغالب من سعي التهيج الذي نشأ أولاً في الملتحم أو الأجران والغشاء المخاطي
للجفن الأنفية وظواهر المرض من احمرار الملتحم ونحوه والاستقصاء عن الأجزاء
المصابة يدلان على حقيقة السبب والالتهاب قد يكون شديداً بحيث
يحدث عنه تلف جدران الكيس الدمعي والاستحالات القطرية فيه والتسوس
والنيكروزس في العظام الأنفية وبالأجمل فيحدث فيه فساداً عظيماً يمتد للأجزاء
القريبة من الناصور ومعالجته إما بمضادات الالتهاب وذلك فيما إذا كان الورم بسيطاً
وغير مؤلم وصغير الحجم فإنه يكفي غسل العين مرات كثيرة في اليوم والليله بسيال
ملين فإن لم يكف هذا كرر وضع العلق على طول القناة الأنفية من الخارج

الأسباب

المعالجة أما بمضادات
الالتهاب

وكثيرا ما شوهد شفاء الاورام الدمعية بهذا القصد الموضعي مع انه كان يظهر ان العملية مضطرا اليها * والتهاييل المليئة كثيرا ما تنفع بان يوجه البخار للغياشيم من الجهة المصابة بواسطة قمع يكون صيوانه منطبقا على قحة الوعاء الذي فيه المغلي * وكثيرا ما يتقع وضع المنقطات والخرزم في تقرة القفا وكذا بقية المصرفات كالمقصي والحصاة سيما اذا كان تهيج المسالك عنيقا مستعصيا او صادرا عن غيبوبة تهيج داء آخر يراد ارجاعه ثانيا كالتقوبا والجرب وبقية الامراض الجلدية * واما بالسير وحقق المسالك الدمعية ويسمى ذلك بقاعدة انيل وهي تشتمل على عمليتين متغايرتين احدهما ادخال المسبار في احدى القناتين الدمعتين والثانية حقنها وهذه القاعدة البديعة التي اخترعها هذا الجراح سميت باسمه * وكيفية العملية الاولى اعني سير مسير القناة ان يكون المريض جالسا معرضا لضوء شديد ورأسه مستقر ومثبت على صدر مساعد والمستعمل في ذلك مسبار رقيق رفيع ينتهي برز صغير زيتوني الشكل وفي هذه العملية يمسك لمسبار باليد اليمنى اذا كان الداء في العين اليسرى وباليمنى اذا كان في العين اليمنى ويمكن ان يمسك في هذه باليد اليمنى اذا وقف الجراح خلف المريض ثم يرفع الجفن العلوي برفق ويدخل المسبار من اعلى الى اسفل في الصفر الدمعي العلوي ثم يوجهه من الوحشية الى الانسية وقليل من اعلى الى اسفل على حسب اتجاه القناة وعند وصول المسبار للكيس الدمعي يكف عن تمديد الجفن ويدفع المسبار من جهة الامام من اعلى الى اسفل برفق ما يمكن من غير عنف ثم يدفعه بارماله باصبعيه الى اسفل على حسب اتجاه القناة الاتقية حتى ينفذ طرف المسبار في الخيشوم ويتحقق ذلك من الاكلان الذي يحصل للمريض فيه ومن بعض قطرات دم ومن جود المسبار الذي يحس به سهولة بواسطة ادخال مجس قنوي يذهب به ذهابا اقويا من اسفل القرين السفلي واذا كان الحاجب زائدا بروزا حسن حتى المسبار قليلا فاذا وقف عن الدخول لمانع فلا ينبغي ان يكبس عليه بعنف بل يخرج جزئ منه ثم يدفع برفق واتجاه احسن من الاول مع فتله بين الاصابع برفق حذر من انتقاب الغشاء وعلى الجراح ان لا يغشى

او بالتهاييل

او المصرفات

واما بقاعدة انيل

كيفية تنفيذ المسبار

كيفية الحقن

ان المقصود ليس قهر الموانع بعنف بل ادخال المسبار في القناة التي صارت ضعيفة
وكيفية العملية الثانية اعني حقن المسالك الدمعية ان يوضع المريض على ماذ كرنا
في السبر والالات اللازمة لذلك محقنة صغيرة تسمى محقنة انيل وهي محقنة تكون
من فضة او من عاج او من زجاج ليستظر السعال حين مروره وانابيب كثيرة مختلفة
الغلظ مستخدمة الطرف جدا لتغذي الصغر الدمعي وتطابق المحقنة وتكون
من الذهب او البلاتون لئلا ينسد ثقبها الضيق من الصدا او الغبار لو كانت من
غيرهما من المعادن ولذا يوضع بعضهم في ثقب الماسورة سلكا رفيعا جدا يخرج
عند الحقن وذلك لئلا يسدها الغبار * والسوائل المستعملة عموما
مختلفة الطبائع فبعضهم يستعمل الماء الملين فقط كما ان الجبازي وبرزو الكتان
وبعضهم يستعمل منقوع زهر البلسان او زهر الخبازي وبعضهم ماء الجير
المحلول فيه قليل من العسل ويضعون عليه في نهاية المعالجة قليلا من العرق
او من بعض المياه الحديدية وبعضهم يستعمل منقوع السوسن الايض محلي
بالعسل وبعد امتلاء المحقنة من احد هذه السوائل يمسكها الجراح باليد اليمنى
بين السبابة والوسطى اذا كانت العملية في العين اليسرى واضعا ابهامها في
حلقة يد المحقنة وبعد خفض الحقن السفلي بسبابة يده الخالصة يدخل طرف
الماسورة في صغره الدمعي وذلك اجود من حقن العلوي لكونه اقصر واقل انحناء
من العلوي موجهها ذلك الطرف من اعلى الى اسفل ثم ينحرف به قليلا من الوحشية
الى الانسية ومن اعلى الى اسفل ثم يكبس على يد المحقنة كبس الطيفاج بحالة واحدة
الى ان يتم الحقن والذي يدل على تمام العملية خروج السعال من الخياشيم
فاذا اريد فعل العملية من الجهتين باليد اليمنى وقف الجراح خلف المريض عند
حقن الجهة اليمنى كما يفعل ذلك في السبر بالمسبار ويكرر الحقن مرتين او ثلاثا في كل
يوم اذا اريد ان تكون هذه الواسطة هي الرئيسة في معالجة الناصور الدمعي وكثيرا
ما يكون الحقن اقوى من المسبار في تسليك سد القناة وينبغي استعماله اذا لم
يحصل من السبر منفعة وكثيرا ما لا يصل السائل الى الخياشيم الا بعد
ايام كثيرة وينبغي دوام استعمالها مدة اقلها شهر وربما احتيج الى اكثر من ذلك

لا سائلات المستعملة
في الحقن

كيفية لا فوريست

وقد اخترع جراح من باربريسمي لا فوريست منذ تسعين سنة كيفية نسبت له
وهي ان تسبر القناة الانفية من اسفل الى اعلى والالات المستعملة في تلك الكيفية
هي مسابير مخنية مهيئة ومجوفة كالقناطير المستعملة في المثانة غير انها
صغيرة جدا بقدر قطر القناة المذكورة وحقنة صغيرة تنتهي بما سورة صغيرة تنطبق
عليها المسابير المجوفة حالة الحقن وفي هذه الكيفية يجلس المريض على كرسى
متوسط الارتفاع والمساعد يمسك رأسه والجراح يجلس امامه على كرسى اعلى من
كرسى المريض ويمسك مسبارا من احد طرفيه ويدخل الطرف الثاني في الخيشوم
نافذاه اسفل القرن السفلي في القوذة السفلى للقناة الانفية وعند الوصول اليها
يحرل المسبار نصف دورة بحيث ينزل طرفه الداخل من اسفل الى اعلى ومن
الوحشية الى الانسية وينزل طرفه الخارج الى الاسفل مع ميل قليل الى الوحشية
وحينئذ فلا يبقى لا تمام ادخاله الا تحريكه حركة رفع وتنكيس ويتحقق وصوله لحافة
الحجاب باللمس فيعلم بذلك اجتيازه جميع طول القناة الانفية ومتى حصل
ادخال المسبار ابقى في محله ليحقق منه في اليوم مرات عديدة ويداوم على الحقن
ما دامت الحاجة اليه ولومدة طويلة وان كانت القناة الانفية محتقنة
وفيها سد فليدخل او لا مسبار مصمت يبقى فيها اياما ثم يسدل بانخر مجوف لكن
هذه الكيفية اهملت بسبب التعسران الحاصل في اتمامها * وكيفية ايل هي
المستعملة الان والمعالجة الاكثر لطفا المتكونة من هذه الوسائط كثيرا ما تكون
نافعة في معالجة الورم والناصور الدمعيني وينبغي استعمالها دائما ولو احدث
المرض تلفا عظيما واستدعى عمليات ثقيلة واذا عين كل من مضادات
الالتهاب والقصد الموضعي والمصرفات بالحقن حصل نفع عظيم يبيء الاجزاء
لاحتمال تاثير الالات القاطعة بسبب انها تزيل الالتهاب الذي ربما سبب رجوع
الداء وكثيرا ما شوهد نجاح المعالجة في احوال ثقيلة جدا * واما ضغط الورم
الدمعي فيظهر ان الجراحين من العرب هم اول من اوصى به وهو قاعدة مدحها
بعض الجراحين المستجدين واستعملوا ذلك عصايب مركبة كثيرا او قليلا
فانهم عملوا ذلك عصايب كالحزام الفتقي يحيط بالرأس وينزل منه هذب ذول دونه

كيفية ايل

واما ضغط الورم

يضغط على الكيس الدمعي وكيفما كانت العصاب الممكن استعمالها فالضغط لا يؤثر الا في الكيس الدمعي فيقرب جداراته الى بعضها من غير ان تخلص القناة من التلبك الحاصل فيها مع ان وجود السدد فيها هو نفس المرض وقد اهتمت هذه القاعدة بالكلية في هذا العصر) واما بالكي قال الكاويان التي كان يستعملها القدماء في معالجة الناصور الدمعي خطيرة جدا وهجرت بالكلية في عصرنا هذا اي وكانت تعملها مثل عملية دو كپ في قناة مجرى لبول * وقد ظن ان شفاء الناصور الدمعي يكون بثقب العظم الظفري وهي قاعدة اخترعها طبيب انجليزي يسمى قولوزو فكان يشق الكيس الدمعي ثم ينفذ في العظم الظفري ابرة من فولاذ حتى يوصلها الى الخيشيم ويبقى الجرح مفتوحا بوضع اسطوانة من رصاص فيه في الابتداء ثم انبوبة صغيرة من الذهب ويدخ الجرح الظاهر ليلتحم عليها * ومونرو كان يثقب الجدران الظاهرة للحفر الانفية بمخراز معوج كالسنارة منحرف من اعلى الى اسفل) وهنتير كان يضع على العظم الظفري آلة تسمى فاصلة القطع وهي كعارضة القصاص التي يثقب بها الجريد وهي انبوبة حادة الطرف يضعها على المحل ويضرب عليها بشيء فتخرج منها قطعة مدورة ويدخل في الخيشيم صفيحة من قرن خلف العظم الظفري لتكون نقطة ارتكاز لفصله * واسكاربا يدخل في الناصور انبوبة من فضة يرسل من باطنها محورا صغيرا محميا الجبل به الجزء الباطني من الكيس الدمعي والعظم الظفري والغشاء النخاعي الى خشك ريشة وقاعدة ثقب العظم الظفري بكيفياتها معجورة عند العموم ولا ينبغي عملها الا عند ما يكون التسوس افسد العظم الظفري وازاله بالكلية واختلط تجويف الكيس الدمعي بتجويف الحفر الانفية لكن هذا الفساد نادر جدا وحيثئذ فالطبيعة تكون تمت العملية من ذاتها وهنالك كيفيات كثيرة لمعالجة انسداد القناة الانفية وحفظ سعة مناسبة لها مدحت احيانا وهجرت احيانا لئلا تترك معظم ما اخترع منها مهمتين باكثرها استعمالا واعظمها نفعا بحسب الظاهر فنقول اما الجراح ميجن فاوصى بان يدخل مسبارا على هيئة ابرة في الصفر الدمعي العلوي حتى يخرج طرفه من الخيشوم فيربط في هذا الطرف خيطا من حرير ثم يجذبه

واما بالكي

كيفية مونرو

كيفية هنتير

كيفية اسكاربا

كيفية يوفو
كيفية يوبيت

ثانيا من الصغر الدمعي فيبقى الخيط في مسير الدموع على هيئة خزام وهذه الكيفية قد تركت واما يوفو فكان يشق الكيس الدمعي فيما بين العظمة الذمعية وباطن الجفن السفلي ويتقد فيه خزاما من القناة الانفية بواسطة مسبار على هيئة ابرة يدخله فيها من اسفل الى اعلى وهذه الكيفية لم يلتفت اليها والمستعمل الان اكثر من غيره هي كيفية يوبيت التي نوعها دسول والالات اللازمة لها مشروط مستقيم ذو فصل ضيق ومسبار ساس من فضة ومجس قنوي اعتيادي وخيط متين غير مشمع وقليل يكون من جملة الخيطة من قطن يراذق حجمه تدريجا وبعد تحضير ذلك يجلس المريض امام شال مسند اراسه على صدر مساعدا وتقرض العملية في الجهة اليسرى فيقف الجراح امام المريض والمساعد يجذب الجفنين الى جهة الزاوية الوحشية ليجدد الجفنين فيزيد بذلك بروز وتر العضلة العينية ثم يضع الجراح سبابته اليسرى على الحافة السفلى الانسية للحجاج حيث تكون الفوهة العليا للقناة الانفية وتعرف ببروز الحافة العظمية التي ينتهي بها من الاعلى الحدار المقدم للقناة الانفية ويدخل المشروط حالا اعلى هذه الحافة واسفل الوتر والالة ممسوكه باليد اليمنى كما يمسك قلم الكتابة وظهرها يلي جهة الانف واتجاهها عمودي على سطح الاجزاء وسنها مهدي على ظفر السبابه اليسرى الممددة للجلد ثم يدخلها ادخالا يقرب للانفية حتى يدرك نفوذها في الكيس بزوال المقاومة ثم يرفع يد المشروط الى اعلى مقربا لها نحو الحاجب ويتقدسنة في القناة الانفية ثم يخرج جزا من الالة ويرلق على وجهها المقدم المجس القنوي ويخرجها فيكون المجس وصل للانف ثم يستدام على ادخال المجس حتى يصل الى الخياشيم ويعرف وصوله هناك بالاحتكاك اوسيلان بعض قطرات من الدم وهذا المجس يكون كوصل اسبار رفيع سلس من فضة على هيئة ابرة ينظم في طرفه العلوى خيط غير مشمع فخال وصول المسبار للخياشيم يخرج المجس ويوضع اسفل القرين السفلى مجس قنوي ليكون كوصل للطرف السفلى من المسبار الذي ينحني الى الامام فيسهل حينئذ مسكه بالملقاط وجذبه مع الخيط الذي فيه من الخياشيم الى الخارج اذا وجدت فتحة ناصورية يمكن ادخال المسبار فيها لا ينبغي شق الكيس

تليه

الدمعي واذا حصل للمريض مشاق عظيمة زمن تسليك القناة الانفية من سددها اقتصر على وضع الخيط وأخر باقي العملية الى ان تزول الاعراض
الانتهائية * والمعالجة التابعة وهي التي تكون بعد وضع الخيط ان يربط
في طرفه قنيل صغير من نسالة يدهن بمرهم جالينوس ويذهب به من اسفل
الى اعلى في القناة الانفية حتى يصل للكيس الدمعي ويربط في الطرف السفلي
للقنيل خيط آخر يخرج به في اليوم الثاني ويزاد في حجم القنيل كل يوم ويدخل
حتى يسهل دخول اغلظ ما فيه ولا يكون ملوثا بقيح اصلا وهذا القنيل يصير
دوايا بحسب الاحوال فيدهن بالاوكسيد الاحمر للزيتق او بسولفات النوب
المكس او غير ذلك مخلوطا بمرهم جالينوس او بجسم ناعم والخيط السفلي يخفى
في الخيشوم والعلوي يجمع تحت قطعة صغيرة من حبر مصمغ او قطعة الداخيلون
التي يغطي بها الجرح او يوضع في الجهة العليا ويثبت في طرفوش المريض وعند
تغيير الجهاز كل مرة يعقد في الطرف العلوي للخيط خيط جديد يدخل حال
اتراج القنيل من الاسفل * ومدة هذه المعالجة من ثلاثة اشهر الى ستة
ولا يوقف استعمال القنيل الا اذا صار يدخل ويخرج بسهولة عظيمة وصار
حجمه كحجم قلم الكتابة وصار يخرج غير ملوث بالصدية وكثيرا ما يضطر بعد التهام
الجرح للعقن من الصفر الدمعي السفلي ويديم عليه مدة طويلة ويعاد اذا ظهر
ادنى عسر في مرور الدموع في القناة الانفية وان كان ذلك لا يصون المريض
عن النكسة * وكيفية اسكاريا ان يبدل القنيل بمرو ويدخل في القناة الانفية
ويكون من رصاص او من فضة له رأس صغير على هيئة رأس المسماة يغطي بقطعة
من الحبر المصمغ وفي كل ثمانية ايام ينظف هذا المرو ويدوم المريض على ذلك من
سنة اشهر الى عشرة بل سنة مع منع الجرح الظاهر عن الالتحام وتناجج هذه القاعدة
ليست اجود من تناجج القواعد السابقة * واثنان جراحان من الفرائس اوية
احدهما يسمى بليميه والثاني فويراوصيا على توسيع القناة الانفية بواسطة مسابير
وكيفيتهما كانت معجورة الى ان اظهر هادويترن واتقها وفهم هذا المعلم ان عدم
نجاح معظم الكيفيات المعتادة صادر من قصر مدة تأثير الوسائط المقاومة للد

للمعالجة التابعة

نتيجة هذه العملية

كيفية اسكاريا

ادخال المسبار
في القناة الانفية

بالنسبة لسببه الذي يظهر انه يستمر مؤثرا مدة طويلة جدا بحيث لو استمرت المعالجة
 مدة اشهر بل سنين لم يزل ذلك السبب قويا فيحدث عنه تورم الغشاء المغشي للحفر
 الانفية ثانيا وانسداد تجويفها فلذلك بحث الماعلم المذكور عن واسطة يكون
 تأثيرها مستمرا وتكفي لارجاع الدموع الى مسلكها فوجد ذلك في ادخال الانابيب
 المستمرة وسميت بالمستمرة لبقائها مدة العمر فلا تخرج فهي بمنزلة الانسان
 المصنوعة تبقى مدة حياة الانسان في القناة الانفية والالات المستعملة في ذلك
 هي اول الانبوبة من ذهب او فضة طولها من عشرة خطوط الى اثني عشر بخروطية
 لشكل غليظة من اعلى اكبر من الاسفل وطرفها الغليظ موشع بحوية متوسطة
 الثخن يوجد حذاءها من الباطن تلم حلق وتكون منحنية في طولها قليلا
 المتوافق شكل القناة الانفية وطرفها الرفيع مكشوط كسطا انحرافيا الى كعلم
 الكتابة بحيث تلي فتحته تغير انحنائه وحكمة ذلك انه اذا سقط لا ينسد
 بالسطح الذي يسقط هو عليه بل يكون ثقبه منحرفا لا ينسد وثانيا ميل يسمى
 حامل الانبوبة من حديد منحن على زاوية يكون احد جزئيه مبروما يبطابق باطن
 الانبوبة مطابقة محكمة ويسهل خروجه ودخوله فيها والجزء الاخر مفرطحا
 طوله ثلاثة قراريط ويكون بدا للالة * وبعد فتح الكيس الدمعي كما مر يزلق الميل
 موضوعا في انبوتته على نصل المشرط ثم يخرج المشرط ويكبس على الميل الداخل
 في الانبوبة كبسا معتدلا حتى ينفذ في القناة الانفية وتغور حوية الانبوبة
 في باطن الكيس الدمعي فلا يحصل عائق عن التحام الجرح الظاهر ثم يخرج
 السنج ويتحقق كون الانبوبة وضعت وضعا جيدا بالعصر على الانقباض بين
 الاصابع وتحريك المريض حركة عنيفة كله يتمخط فيشاهد حيثئذ خروج دم
 من الجرح معه هو آفان ذلك يدل على حصول الاستطراق بين الكيس الدمعي
 والحفر الانفية ثم يغطى الجرح بقطعة من جبر مصمغ فان الالتحام قد يحصل
 في اربعة وعشرين ساعة واذا ابطأ فلا تطول مدته في اكثر الاحوال * واكثر
 المرضى المعمول لهم هذه العملية يشفون في ايام قلائل ونهاية ما يشاهد فيهم
 ان يكون من العشرين انسان تحرك الانبوبة فيهما وتسقط في الحفر الانفية

طريقة وضع الانبوبة

منافع هذه العملية

او تصعد تحت اثر الكيس الدمعي ويندر ان تشاهد فيهم اعراض التهاب يستدعي
اخراج الجسم الغريب فان اضطر لذلك سهّل اخراجها بواسطة سنج يتفرع طرفه
الى فرعين لادين يجعل طرفاهما على هيئة كلاب اذا تباعدت عن بعضهما في باطن
الانبوبة وقف في التلم الذي في تجويف الانبوبة خلف حوية جزئها العلوي *
واغلب الاحوال يكفي فيه لشفاء المرضى القصد الموضعي والوضعيات الملائمة
والحقن والمصرفات واذا كان هنالك تلف عظيم في الجدار الانفي الدمعي من التسوس
او التيكروزيس ابدل الناصور الظاهر ناصورا باطن يشق العظم الظفري فان لم
تنجح المعالجة المذكورة في بعض الاحوال فكيفية ديوترن هي الاسهل والاكثر امانا

كاملات في وضع المعالجة
المذكورة سابقا

السابع اسكير وس الغدة الدمعية

قد شوهد ان الغدة الدمعية صارت اسكروسية فتكون في الجهة الوحشية
من الحجاج وربما صلبا يدفع المقلة الى الانسية فيعوقها عن ممارسة وظائفها
فاذا استعصى هذا الداء عن جميع وسائل الصناعة اضطر لاستئصال الغدة التي
هي مجلس له وينبغي لذلك ان يوضع المريض وضعا جيدا مثبتا ونشق الراوية
الوحشية للعين ثم تبعد حافتا الجرح وتمسك الغدة المتورمة بمقاط كلابي
مزدوج وتزال جميع الاربطة الحافظة لها مع حفظ المقلة وعضلاتها اي لانه
اذا اصبحت العضلة المبعدة للمقلة حصل الحول والاعصاب المحيية لها ويحبس
التزيف بالربط او بالسد على قاعدة جيدة ويحفظ الجهاز بالرباط المسمى بالاعور
او بالعين البسيطة وهو ان تؤخذ عصابة طولها ستة اذرع او سبعة وعرضها
ثلاثة اصابع تلف على هيئة اسطوانة ثم يلف منها على الرأس لفتان افقيتان
ثم يمر بهما من خلف القفا على اسفل الاذن من الجهة المريضة ومن هنالك يصعد بها
مع انحراف على الحد والعين المريضة وعلى الجهة والجزء من الجدار المقابل للجهة
المريضة ثم ينزل به على القفا ويكرر هذا اللف المنحرف مرتين او ثلاثا او اربعا
ثم ينهي بلفتين حلقيتين على الجمجمة وهذا الحفاط يمكن ابداله بعصابة بسيطة

المبحث الثاني في آفات الاجفان وهي خمس عشرة آفة

الاولى جروح الاجفان

جروح الاجفان تحصل من آلات وانزعة او قاطعة والاولى يندرجها كونها مقصورة على الاجفان ولا تستدعي انتباه الجراح الا اذا كانت مصحوبة بافات في المقلة او في الحاج ثم ان كانت هذه الجروح بسيطة فالوضعيات المحللة والمليئة تمنع حصول التهاب وتسهل التئامها والثانية ان كانت واسعة وفي نسيج الاجفان فقد تستدعي بعض عمليات عسرة والتي منها تكون موازية لثنيات الاربطة المستعرضة الجفنية يسهل انضمامها بواسطة عصايب من الخبز المصمغ ولا يسهل ذلك في الجروح الطولية الواقعة في سمك الجفن كله الواصلة للعنافة السائبة من الجفن لان الغضروف الضفيري حينئذ من حيث انه منفصل تنقلص اطرافه وتتباعده فتتألم الجرح عن بعضها وذلك مما يمنع انضمامهما بواسطة اللزق اللزجة والذي ينبغي حينئذ ان يعمل قرب الحافة الهدية للجفن غرزة خياطة لغية تمنع التئام كل من شفتي الجرح على حدتها بان تفقد ابرة رفيعة من احد الجزئين المنفصلين الى الاخر بالقرب من الخط المتكون من الهدب ما امكن ويجذر من ان تفقد في التئام ومنفعة هذه الغرزة تقرب الجزئين من بعضهما تقريبا محكما ويضم باقي الجرح بواسطة عصايب لزجة ومن اللازم ان تجعل الاجفان في حالة راحة كاملة الى ان تلتئم الاجزاء ببعضها * اما اذا التئم كل من الاجزاء على حدته في الحواف السائبة من الاجفان فقد يحدث منه تشوه كره في الجفن بل قد يحصل منه التهاب مستعص في المقلة لكونها تبقى دائما معرضة لتأثير الهواء فيها من محل تفرق الاتصال وقد اوصى لازالة هذا التشوه بان تعمل هنا العملية المشابهة لعملية الشفة الارنبية في تدمية حوافي الجرح ثم ضمها بواسطة الخياطة اللغية ومع كون هذه العملية تكلم عليها كثير من المؤلفين يمكن انهن لا تنجح لان تئيمها لا بد وان يستدعي زيادة زوال جوهر واذا لم تنجح حصل للريض زيادة تشوه وتعب اكثر مما كانا فالاولى ان لا يصنع شيء في هذا العضو اذا لم يحصل للمقلة ضرر من هذا التفرق فان اضطر للعملية فالاجود ان تبدل بقطع زوايتي طرف

تفرق الاتصال بحيث يصير الشق الضيق الطويل في الجفن تقویرا فيه قليل
استدارة قمته تقرب من الجفن المقابل لانه بهذه الكيفية ينطبق الجفن العلوی
على السفلی بواسطة التقویر ويقل التشوه وتزول جميع مضار الداء

الثانية رض الاجفان

الغالب ان رض الاجفان يكون قليل الثقل اذا لم يكن واصلا للمقلة والغالب
ايضا انه يسبب سريان دم في النسيج الخلوی تحت الجلد لانه في هذا المحل مسترخ
وكثير وداخل في تكوين العضو فيكون هناك كدما وما يسبب الكدم في هذا المحل
وضع العلق على الجفن العلوی او بالقرب منه والغالب ان بعض الوضعيات المحملة
كالرفائد المغموسة في الماء المحلول فيه تشبثا والرصاص اى حل الرصاص
تكني لازالة هذه العوارض التي يشاهد عقبها بعض ضعف في الاجفان يستدعي
الوضعيات المقوية كالنبيد ونحوه

الثالثة حرق الاجفان

حرق الاجفان يستدعي اتبائها خصوصا نظرا لسهولة حصول التشوه
في هذه الاعضاء المتحركة العديمة المقاومة من الاثرة الضيقة التي تتكون فيها
او بقربها فيتم بالحرق على ان لا تقارب حواف جرح الجلد الى بعضها وتلتحم
فيحصل انقلاب في الجفن وذلك بان توضع اللزق اللزجة على الاجفان لحفظها
منبسطة ملازمة لبعضها فلا تزوغ بتقلص النسيج عن وضعها الاصلی الطبيعي
فان حصل ذلك سواء كان من عدم كفاية الوسائط المستعملة او من اهمال
استعمالها نظرفان كان يمكن نجاح قطع الاربطة القالبة للاجفان ليحصل
من قطعها اثر عريضة جدا لا تحدث التشوه المذكور فليقلل لئلا يكثر منه
ان يعقب هذه العملية نجاح بسبب ان القوة التي تحدث بها الاضرار الخسارية
الوعائية تشد الجلد نحو مركز الجرح

الرابعة الالتصاق الخلقي في الاجفان

قد تولد الاطفال وحوافى اجفانها ملتصقة ببعضها بواسطة غشاء متوسط
بينهما او بدونه فان لم يكن هذا الالتصاق كاملا تتم فصل العضوين بمشرط ذى زر
ضيق التصل او بمقص يجرى نصله على محراف قنوى وان كان كاملا فليشق اولا
جزء من الجفن بالقرب من الزاوية الوحشية بمشرط حاد ثم تكمل العملية على
ما ذكرنا اولا وينبغي بعد فراغ العملية ان يحتفظ على عدم التصاقهما ثانيا بوضع
جسم شحمى فيما بينهما

الخامسة التصاق الاجفان بالمقلة

السطح الخلقى للاجفان سيما العلوى منها قد يكون ملتصقا بالوجه المقدم
للمقلة وهذا العارض يندر ان يكون خلقيا والغالب ان يحصل عقب جروح
او قروح فى الملتحم الجفنى والمقلى معا واذا كان هذا الالتصاق واسعا كان الداء
ثقيلا جدا ومن المعلوم انه ان كان فى محل القرنية ابقى فى هذه الطبقة نقطتا تؤدى
الابصار ثم ان كان هذا الالتصاق مسترخيا جزئيا سهل فصله بعد قلب الجفن
بمقص رفيع او بمشرط وان كان محكما استدعى تشريحا طويلا دقيقة متقاربة
الى الجفن اكثر من المقلة الا انه يندر نجاحه وكثيرا ما شوهد عوده وبعد اتمام هذه
العمليات ينبغي وضع جسم شحمى فيما بين الجفن والمقلة والاكثر من تحريك
الجفن او من ادخال مسبار مبروم رفيع بينها اى ويكون ذا زر او استعمال الجفن
اجتناع كل من ذلك عودا لالتصاق ثانيا

السادسة تهيج غرومسيوميوس

وكثيرا ما تكون الحافة السائبة للاجفان سيما الاجرية الكائنة فيها مجلس
تهيج تنبغى مقاومته بالمطربات والمصرفات والعلق على الوجه الباطن للاجفان
وتنجح مقاومته اذا كان معه الم قليل بمرهم ديسولت وهو الذى قاعدته السرور
الاحمر للزئبق او جنبيه او غيرهما من الاستحضارات التى طبيعتها كذلك

السابعة قروح الحوافى السائبة للاجفان

من صارت الالتهابات المذكورة منمنة فكثيرا ما تحدث في حوافي الاجفان
قروحا صغيرة تستدعي استعمال الوسائط المذكورة فان لم تزل مع ذلك مستعصية
فكيها بالجراجه حتى ينتج نتايج جيدة

الثامنة الشتره الخارجة

الشتره الخارجة هي انقلاب الجفن الى الخارج انقلابا يصدر عن عدم انسياله على
المقلة انسيالا كاملا وبالجفن السفلي معرض لها اكثر من العلوي لكونه اقصر من
العلوي فهو قريب التقاص ويحصل من تقاص الجلد عقب التحام قرحة او جرح
او حرق والغالب انه يصدر من تورم الملتحم الجفني او اسبترخائه والاولى في الحالة
الثانية ان يبدل شق جلد الجفن اقصد اطويله كما كان يفعل القدماء بتوجيه
المعالجة للغشاء المخاطي فاذا لم يكن هنالك الانتفاخ في الملتحم شرط اقطع
جزء منه ليستفرغ احتقانه ويتقص حجمه فيشفي وهذه العملية سهلة الاتمام
فيمسك الجراح الجزء الزائد من الغشاء بمقاط ويقطع مرة واحدة بمقص حاد مخن
على احد سطحيه وبعض الجراحين يستعمل لازالة هذا الداء نيترات الفضة
والانقلاب اذا كان في الجفن العلوي صيره مرتفعا دائما والمقلة معرضة لمماسه
الهواء وقد سمي القدماء هذا الانقلاب بالعين الارنبية وكثيرا ما عجزت الصناعة
عن شفاء الانقلاب بانواعه

التاسعة التولدات في الملتحم الجفني

قد ينشأ في الملتحم الجفني بعض تولدات تقلبه الى الخارج فتقطع هذه التولدات
على نحو ما ذكر آنفا

العاشره الانخاتيس

والانخاتيس ورم يظهر في الزاوية الانسية للعين ويصدر عن داء في اللحمية
الدمعية وحجمه يختلف من حبة البسلة الى جمع الكف وهذا الورم تارة يكون تولدا
فطريا ساذجا في اللحمية فيسميه المؤلفون بالانخاتيس السليم وتارة يكون

وهو الارنبية زعماء منهم
بان الارنب ينام وعينه
مفتوحة فخال العين
المقلوب جفنها كحال
عين الارنب

سرطانيا فيسجوه بالانفحاتيس الخبيث واعراض التوعين مختلفة ويمكن شفا
 الاول باستعمال الوضعيات القابضة وبنيترات القضة الا ان تأثير الوضعيات
 لا يكون سر نعاولا مؤلما مثل الالات القاطعة واما الثاني فيستدعي عملية
 الاستئصال بالالات القاطعة والجرح الحاصل من قطع الورم ينبغي كيه بالمحاور
 المحماة وينبغي في هذه العملية ان لا تقطع اللحمة الدمعية لانه ينتج من قطعها
 تدمع غير قابل للشفاء وان يشرح تشعب الورم كله باحتراس زائد ليتدارك بذلك
 عدم رجوع الداء ثانيا وبعد العملية يداوى التزييف ويمنع بالغسل بالماء البارد
 والغالب ان الجرح يلتئم بسهولة لكن ان كان الورم سرطانيا يخشى من تولد
 الداء ثانيا وحيثئذ فيصير الجرح فطريا ماديا وينبغي مسه بالجرجر الجهنمي مرار
 كثيرة فان لم يكف ذلك كوى المحل بالمحاور المحماة ومع ذلك فقد يسرى الداء
 حتى يصيب المقلة وحيثئذ فيضطر الى استئصالها

الحاوية عشر الشرة الداخلة

الشرة الداخلة هي انقلاب الحافة السايبة للجفن نحو المقلة والغالب انها تصدر
 ما عن افراط طول جلد الجفن المريض او استرخائه واما عن زوال جوهر
 من الملتحم الجفني فيصير قصيرا ويجذب نحو الغضروف الضفيري وهي بعكس
 الخارجية فصولها في الجفن العلوي اكبر منه في الجفن السفلي والعوارض
 الناشئة عنها التي هي نتيجة دوام تأثير الاهداب الزايغة بانحرافها نحو المقلة
 في الملتحم او القرنية هي التهيج والاحمرار الدائم والالتهاب المزمن في السطح الظاهر
 من المقلة وكذا التقرح والاستحالات في كثير من الاشخاص * وعلاج
 الشرة الداخلة ان كانت حاصلة من استرخاء ساذج في جلدا لا جفان كما يشاهد
 ذلك عقب اوزيتها او كدمها المتسع ان يجتهد في ترجيع القوة الحيوية التي فقدتها
 بواسطة المكمدات من روح العرق والقوايض وان كانت حاصلة من سوء وضع
 العضو فاما بتقويم الغضروف الضفيري وتعديله وحفظ الجفن مدة ما بلا
 الى الخارج بواسطة الاشرطة الزجة وذلك بان يبعد الجراح الحافة الهدية الزايغة

المعالجة بالمكمدات

او الاشرطة الزجة

او قطع جزء من
جلد الجفن

عن المقلة ويضع على الجلد وضعا عموديا عصابتين او ثلاث من الجبر المصمغ طول
كل عصابتين قيراط ونصف وعرضها ستة خطوط اى نصف قيراط وهذه الواسطة
لا تنفع الا في الشتر الحفيفة الجديدة * واما في الاحوال الثقيلة التي صار الجلد
فيها مستطيلا جدا او حصل في الملتحم الجفني زوال جوهر كثير فينبغي لشفاها
ان يقطع جزء من جلد الجفن المصاب وكيفية هذه العملية ان يوضع المريض
وضعا لا يقاوي يجذب الجراح الى الخارج بطرف ملقاط الاهداب الزايغة ثم يمسك
بالجفت التشرىحي او بطرف السبابة والابهام جلد الجفن المصاب وينثيه ثنية
يكون وسطها محاذيا لوسط سعة الاهداب المنقلبة ثم يرفع الثنية كثيرا او قليلا
على حسب كون انقلاب الضفيرة او انقلاب الاهداب كثيرا او قليلا حتى تعود
الاهداب الى اتجاهاها الطبيعي ثم يقطع هذه الثنية بالمقص المستقيم او المنحنى
على جانبه الذي يكون على هيئة منقار الطائر المسمى بالكركي وعليه ان يجتهد
في ان يكون الكشط قريبا من الضفيرة لانه بدون ذلك قد يعود الداء بعد شفاء
الجرح واذا كانت الشتر من درجة اى في الجفنين معا عملت العملية في جلسة
واحدة يبدأ فيها بالجفن السفلي احترازا عن مشقة سيلان الدم ثم الجفن العلوي
وبعد تكميل العملية تقرب حواف الجرح ملاصقة لبعضها بواسطة اشرطة لزجة
ضيقة توضع وضعا عموديا من الحاجب الى الوجنة ويثبت ذلك بالحفاظا لا عورى

الثانية عشر الشعرة

الشعرة سواء اتجهت شعرة او اكثر من اهداب الاجفان فتجبه ملاصقة للمقلة
من غير زوغان في حافة الجفن والفرق بين الشعرة والشتر الداخلة ان حافة الجفن
في الثانية هي المائلة للداخل والهدب حافظ لوضعه الاصلى الطبيعى واما في
الاولى فوضع الغضروف الضفيري منها على حالة جديدة والزايغ نحو المقلة انما هو
الاهداب وكل من الجفنين وان كان مجلسا للشعرة الا انها تشاهد في الجفن العلوي
اكثر وجودها فيه متعب اكثر منه في السفلي بسبب كثرة حركته والاهداب
في الجفنين تارة تنقلب كلها وتارة لا يتقلب منها الا البعض وهذا الداء قد ينشأ

من قروح صغيرة تتولد على الغضروف الضفيري وقد ينشأ من غير قروح بل بدون
تقدم التهاب بالكلية ويظهر حينئذ أنه صادر من سوء اتجاه طبيعي لبصيلات
الاهداد وهناك بعض اشخاص يشاهد فيهم صفان من الاهداب احدهما يتجه
نحو المقللة وتانيهما حافظ لاتجاهه الطبيعي وفي هذه الحالة يسمى المرض
بالديستريكيازس والعوارض الناشئة من هذا المرض لا تخالف العوارض
المشروحة في الشرة الداخلة ومعالجة الشعر قلمها وسايط كثيرة في الصناعة
منها ما هو للاصلاح الوقفي وهو تنقية اشعرات الزايغة بنحو ملقاط وذلك فيما
اذا كان الداء مجرد زوغان بسيط في الاهداب لكنها تعود سريعا اذا لم تستأصل
معها البصيلات ومنها ما يمنع عودها وهو الكي بالمحاور او بالمحواهر السكاوية
والمتعمل الان في الاول سهم لاسن له يوجد قريما من طرفه بخمسة خطوط
اوسنة زر صغير حجمه كالفندقة ليحفظ في طرف السهم كمية الحرارة اللازمة للكي
وقبل الان لم يستعمل الاسهم اعتيادي يبرد قبل وصوله للجن ويبتقى عديم
التأثير وهذه الالة تنتهي بيد من خشب لتمسك بها وكيفية الكي بها ان يجلس
المريض كما في بقية عمليات العين وبعد ان تحمي الالة عن تصير ايضا بمسكها
الجراح من يدها بيده اليمنى ويبعد باليسرى الجفن عن المقللة ما سكا له من حافته
السايبة ويذهب بطرف الالة البكاوية في ثقب الشعر المستأصل ولا تنجح العملية
في الغالب بمرقة واحدة بل لابد من تكرارها والاهداب التي تنشف تبدل سريعا
باهداد جديدة يكون سوء اتجاهها كالاولى ولا تتولد ثانيا الا بعد التنف والكي
ثلاث مرات او اربع بل اكثر والاهداب التي تتولد عن التنف الاول تكون في الغالب
ارفع من الاولى واضعف منها واول طولها وهذه الطريقة قد لا تنجح وفي وحدها
النافعة اذا كان هنالك صفاهداد متجهان نحو المقللة والمختار في الثاني عند
بعض الجراحين كي البصيلات بالجراجهنني فينبري ككقلم الرصاص ويدخل
في منابت الاهداب والمعلم وكاوصى بطريقة تزال بها الاهداب المتجهة اتجاهها
رديئا ويظهر انها اعم من الطرق السابقة وهي ان يجلس المريض جلوسا مناسبا
ويرفع الجراح الجفن ويبعد شعر الاهداب الزايغ ويقيس المسافة الشاغلة لها

ويخط بقلم مغموس في الحبر على جلد الجفن المصاب خطا موازيا للحافة السائبة للجفن بعيدا عنها بقدر ربع خط وسعته تكون بقدر المسافة المشغولة بالاهداب الزائغة وبعد فعل ذلك يدخل فيما بين الجفن والمقلة آلة على هيئة ملعقة توجد في سطحها المحذب الملتفت الى الامام قساة ينبغي ان تحاذي الحافة السائبة للجفن وهذه الالة المعدة لرفع الجفن وتعيده ووقاية المقلة بحسبها مساعدا ويشق حينئذ الجراح شقين عموديين على جلد الجفن فقط بشرط ذي نصل ضيق متباعدين عن بعضهما بقدر الخط المعلوم اولا وهذان الشقان يتبدأن من اعلى الحافة السائبة للجفن بقدر خط ونصف وينتهيان في هذه الحافة ثم يضمهما بشق ثالث مستعرض ممتد من احدهما الى الاخر يفصل به الجلد فيما بين الخط المخطوط بالحبر والحافة السائبة للجفن ثم يفصل الهدب المحاط بهذه الشقوق الثلاثة بالمشرط ويرفع ويغسل الجرح وتساهد حينئذ بصيالات الاهداب متعربة فتمسك بالمقاط وتستأصل واحدة فواحدة بسن المشرط او تكوى بقلم رفيع مغموس في حامض النيتريك اى حمض ملح البارود ثم يرد الهدب بالجلدي على الجرح ويحفظ ملامسه بقطعة من صندل مصمغ فالاهداب التي ازيلت بصيالاتها تسقط في نحو اليوم السادس لكن الاجود ان تستأصل حالئلا يستطيل زمن ملامستها الملتحم وزمن الالم الناتج عنه وهذه العملية في غاية من البداعة ونجحت لكن عملها طويل دقيق جدا ويرشد اليه على الخصوص اذا لم يكن هنالك الا بعض هدب زائد

الثالثة عشر الشعيرة

الشعيرة بثرة صغيرة في احد الجفنين سيما العلوي في الحافة السائبة منه اى الهدبية قريبا من الزاوية الانسية وسمى هذا الورم بالشعيرة لمشابهتها في الحجم والطول والشكل والاستدارة والشعيرة كالدمل كثيرا ما تكون صادرة من تجميع معدى وتحدث لبعض النساء في نوب حيضهن ولغير النساء في اوقات مختلفة من السنة وتبتدى باحمرار صفر من الحافة السائبة للجفن وكثيرا ما انتهت بالتحليل بوضع الماء البارد فان لم تحلل بذلك التجئ للوضعيات الملية

ودوم على استعمالها حتى تخرج ام القيع ويمكن تسهيل خروجها بمصر
الجفن يرفق وقد يبقى في الجفن بعد الالتصام استرخاء وبعض احتقان فيستعمل
حينئذ البرودات المحللة

الرابعة عشر الاورام المتكيسة في الاجفان

اعلم انه كثيرا ما تكون الاجفان مجلس اورام صغيرة متكيسة صلبة غير مؤلمة
محدودة مستديرة تتحرك تحت الاصبع عند الغمز عليها وجمها في الابتداء
يكون كحبة الدخن ثم تزيد فتبلغ حجم العدسة او الفندقة وقد تبلغ حجم الجوزة
والغالب انها تشغل وسط الجفن اما تحت الجلد او تحت الغشاء المخاطي ففي
الحالة الاولى يكون رفعها للجلد عظيما وتبرز للتخارج وفي الحالة الثانية يكون
بروزها للتخارج اقل منه للباطن فاذا قلب الجفن وجدت مغطاة بالملتحم فقط
والحالة الثانية اكثر وقوعا من الاولى وانتهاء الاورام المتكيسة بالتخلييل عسر
التحصيل لكنه قد حصل بوضع لاصوق من صابون ودياخليون مصغع ومع ذلك
فتأثير هذه الواسطة بطيء وغير أكيد والاسهل والاسرع استئصال الورم بكيسه
وينبغي لهذه العملية كون المريض جالسا مثبتا رأسه كافي بقية عمليات
العين ثم ان كان الورم تحت الجلد شق عليه على حسب اتجاه عضون جلد الجفن
لتختفي الاثر التي تحصل من العملية في ثنيات الجلد ثم يفصل الجلد بجلده مع
الاجتهاد في التركيز عن فتح الورم ثم يقبض على الورم بجفت او كلاب ويقص
بمقراض او يقطع بمشرط وان كان تحت الملتحم مسكت الحافة السايبة للجفن
وقلب فيشاهد الورم تحت الغشاء ويشق عليه بالعرض شقا طويلا مستطيا
لا غائرا ليخرج الورم بسهولة من حوافي الشق ثم يستخرج ويتم استئصاله
كما ذكر آنفا فان انفتح الكيس وجب استغراقه وقطع جداره وكي ما لا يمكن
استئصاله والتقيح بعد ذلك يكفي لازالة ما بقي من الغشاء الغير الطبيعي فان كانت
العملية في الجلد ضمت حوافي الجرح بالعصايب اللزجة وان كان الشق في
الملتحم رد الجفن منه بلا غسل بماء ملين فبذلك يلتحم الجرح من ذاته

الخامسة عشر سرطان الاجفان

الاجفان كالشفنتين وبقية اجزاء الوجه معرضة لان تصير مجلس اورام النهاية
يسهل استحالتها للسرطان ومنسوجها النملوى قد يحنقن وييبس ويصير
اسكروسيد او يحصل فيه احتقان يعظم حجمه في مدة يسيرة وقد يتولد في الاجفان
بعض تأليل تكفى لان يتسبب عنها تسرطنها وتعرف الازرار السرطانية
في الاجفان بزرقة لونها وميلها للتقيح وحرقة ألمها التي هي دائما مجلس له وهذه
الاحتقانات الاسكروسية تكون غالباً نتيجة التهاب مزمن ولكن استعمال
البواهر المهيجة مما يثير الاعراض المصاحبة للسرطان كان الذي ينبغي في هذا
الداء ان يبتدى بمقاومته بالوضعيات الملائمة والغصد الموضعي والتجريبات
الكلينية لم تزل آخذة في اثبات زيادة نتائج هذه المعالجة الجيدة في جميع انواع
السرطان فان لم تكف الادوية لشفاؤه وجب قطعه وهو عملية سهلة فيمسك
السرطان بجفت ويجذب ثم يقطع بشق هلالى فان كان محل السرطان في احد
ملتقى الجفنين قطع بشقين منحرفين بحيث يلتقيان على زاوية حادة ثم تربط
الشرايين ويضم الجرح بغرزة خياطة تقرب الى المقلة ما امكن ثم ان كانت
العملية في الزاوية الانسية من العين اعقبها سلس دموع مستمر

المبحث الثالث في آفات المقلة وهي ثمان وعشرون آفة

الاولى الرمد

الرمد التهاب الغشاء المخاطي المغشى للمقلة والسطح الباطن من الاجفان
وهو داء محدد بالنوع البشري سيما في الديار المصرية حتى ككانه جنسى فيها
ومن اللازم ان تتقن معرفته اتقاناً جيداً نظر الكون وظيفته العضو الذي هو
مجلس له مهمة جدا ولكن مقاومته لتندفع عوارضه المحزنة التي منها العمى
الذي هو كثير الحصول واجبة ايضاً ومجلسه الملتهم والغضروفى الضغيري ونفس
المقلة ويكون حاداً ومزمناً ومنه نشأت جميع الآفات التي نحن منتصبون

اسبابه الظاهرة

لشرحها هذا فهو المبدأ المبرر والموجب لكثيرتها وقلتها * واسبابه كثيرة وتنقسم
الى ظاهرة وباطنة فالاسباب الظاهرة وجود جسم غريب وانقلاب الاهداب
الى الداخل والرض وقروح المقله او الاجزاء المجاورة لها والتعرض لتأثير الهواء
البارد الرطب زمنا طويلا والاستمرار على النظر اضاءة شديدة منعكس
من الاجسام البيضاء وكثرة حصول الرمد في بعض السنين او الفصول توجبنا
لان نتفكر في انه توجد في الحق حالة تعين على حدوث هذا الداء كما شوهد ذلك
في التهابات اخر وقد يحدث الرمد من برد الرأس فجأة بالانتقال من الحر الى
البرد دفعة ومن الهواء الشمالي المشتد ومن السفر زمن الحر في الاماكن الرطبة
القاسية وينشأ الرمد ايضا من كثرة دوام شغل عضو البصر كالسهر الطويل
والمطالعة الطويلة المتكررة سيما على ضوء المصابيح الشديدة الضوء ومن كثرة
التعرض لتأثير الدخان وحرارة الكوانين وضوئها او لهواء مقع من غبار او ابخرة
نوشادرية او حمضية فانه كثيرا ما شوهد ان الزجاجيين الملازمين لمعامل الزجاج
والفخاريين والسباكين والحدادين والنحاتين للاججار والخبازين والطحانيين
والصبانين والجباسين والكياويين ومصلى الساعات والمكثرين من المطالعة
مهيئون للرمد اكثر من غيرهم وكذا سكان المنطقة الجلدية لكون الضوء ياتيهم
على الدوام منعكسا من الثلج ومثلهم سكان الاماكن الرملية لكون شعاع الشمس
ياتيهم منعكسا من الرمل الايض المتصاعد في الهواء لدقته اى فكل من هؤلاء
معرض للرمد * واما الاسباب الباطنة فمنها تهيج القناة الهضمية فانه
كثيرا ما يكون الرمد عرضا لتهيج فيها فاشئ من الافراط في المشروبات الروحية
والاغذية المنبهة ونحو ذلك ومنها احتباس سيلان اعتيادي ذي نوب كالطمث
وسيلان باسورى وجفاف نفاطة او كي ونحوه دفعة او قرحة عشيقة وكثيرا
ما يتسبب عن ارتداع قويا او جرب او طفحعات جلدية وكثيرا ما يكون كل
من الجدرى وداء الخنازير والافرنجي سببا لرمد ذي صفات مخصوصة
* واما سببه في الديار المصرية فالذي يظهر انه جنسى فيها لكونه مستوليا فيها
في اكثر الاوقات ويشاهد فيها كثير من العميان واكثر سكانها مصابون بامراض

اسبابه الباطنة

اسبابه في الديار المصرية

العين وهذا الداء يصيب الشيوخ والشبان والذكور والانات والاعنياء والفقراء
وسكان المدن والقرى على حد سواء وهو في الاقليم البحري اكثر منه في الاوسط
والقبلي ويظهر لن سكان الاماكن الرطبة القليلة الهواء والضوء معرضون له اكثر
من غيرهم سيما اليهود المصريون فان اغلبهم مريض العين بل اكثرهم اعشى لهذا
السبب ولرداءة اغذيتهم ايضا ويعلم من التواريخ ان هذا الداء معروف عند
القدماء من المصريين فانه مذکور فيها ان جملة من ملوك القراعنة حصل لهم
العمى والحيوانات معرضة ايضا لمرض العين سيما الكلاب والخيول والحمير
والبقر والابل ومجموع ذلك يدل على ان الرمد جنسي في الاقاليم المصرية وانه
يكون في جميع الفصول ويزيد في فصل الخراعى من ابتداء الصيف الى انتهاء
الخريف ويكثر وقت فيضان النيل وقد ذكرنا ذلك اسبابا مختلفة على ما قاله الاطباء
الواحدون من البلاد المختلفة للديار المصرية الذين القوا في خصوص الرمد في الديار
للمذكورة الاولى تأثير الهواء الحار المحرق والضوء الشديد المنعكس من الرمل
الايض والتهب الدقيق المتصاعد على الدوام من الارض وهذا هو دويبانه لو كان
سبب ذلك لما كان لهذا الداء سلطنة مديدة فيضان النيل اعنى الخريف لان التربة
تقل فيه ولما كان سكان الاقليم البحري معرضون له اكثر من العربان القاطنين
في الققاريين الرمال مع اننا شاهدنا اغلبهم سالم منه الثاني رطوبة الليل المعاقبة
لحرارة النهار المحرقة والظاهر ان هذا صحيح فان الاشخاص الذين لا ينامون تحت
السماء غير معرضين لهذا الداء مثل الذين ينامون تحتها الثالث الاشجرة الرطبة
المتصاعدة من منافع النيل وطينه وهذا السبب مقبول الرابع ان بعض الاطباء
يرغم انه من اشجرة ملح البارود المنتشرة بكثرة في اراضي الديار المصرية ورد بان الملح
ليس بطياري حتى ينتشر في الجو الخامس انه كما زعم بعضهم نتيجة التغذية
من الارز المستعمل عموما عند سكانها وهذا غير معقول لان اكثر اهل هذه الديار
لا يغتسذون من الارز في اغلب مدة حياتهم وايضا لو كان كذلك لسكان سكان
بلاد الترك وايطاليا الذين يعتمدون منه في كل يوم اولي بهذا الداء وبكثرة عندهم
مع انه فيهم نادر جدا والاقرب للعقل ان تنسب كثرة الرمد في الاقليم المصري

الى احتباس العرق والتنفيس الجلدي المتسبب من اختلاف درجة الحرارة
بالليل او من اختلاف الاهوية الباردة فان ذلك يحبس للتنفيس الجلدي الذي
هو دائما غزير نحو الى العين وينشأ من الاحتباس المذكور نوازل في العين هذا
والا نكد من ذلك كله انه صادر من بعض احوال جوية مخصوصة بهذا الاقليم
لا تعلم الى الآن حقيقةها * وقد ظهر لكثير من الاطباء ان الرمد في الاقليم المصري
يعدى وانه يسرى من شخص الى شخص بواسطة هواء الجو او بمماسسة صديق
عين رمد العين سليمة والاول غير معمول عليه في عصرنا هذا والثاني مقبول في
التعقل اذ المادة الحاصلة من الرمد اذا وضعت على عين سليمة يدون حائل احدثت
فيها التهابا طبيعته كطبيعة تلك المادة كما يحصل ذلك من سيلان مادة الاقرنجي
وقطعيم مادة الجدرى والجدرى البقرى ومن الاكيد الثابت ان المصابين بالرمد
في الديار المصرية لو توجهوا الى بلاد لم يعدوا احد من اهالي تلك البلاد
وقرر ذلك واثبته رجوع العساكر الفرنسية والانجليز من مصر الى بلادهم
يدون ان يعدوا احدا * واعراض الرمد تختلف في الشدة وانتساق الانتظام
والمدة * فاذا كان الرمد خفيفا لا يحس المريض بشئ او حس بالمد خفيف
واستشعر بحرارة قليلة في العين واحيا ما يشعر اكلان كثيرا ما يلزمه ان يمدك عينه
باصبعه وقد يستشعر بنحورملة تحت الجفن وهذا صادر من احتقان الاوعية
الصغيرة المنبشة في ملتحم فيصير الملتحم حينئذ احمر كله او بعضه ويريد افرار الدموع
وتكون العين في النهار منددة ويتكون فيها اخيطة مخاطية او قطع متجمدة وفي
المصباح تكون الاهداب لزجة من مادة تميل للصفرة ويتفتح الجفن وتعسر
حركات المقلة وتسالم من الضوء وهذا الرمد في الغالب لا يكون مصحوبا بحركة جى
ما دام مقصورا على هذه الدرجة * وهذه الاعراض الخفيفة قد ترتقي الى درجة
الاشتداد فتزيد الحرارة والاحمرار والالم ويتفتح ملتحم المقلة والجفن وتعسر حركات
المقلة وينير الضوء الماشددا ويتشوش الابصار فقد ترى المربيات حمرا وتصير
الدموع محرقة وبصاحب هذه الاعراض صداع شديد وارق وحى شديدة وقد
يسعى التهاب الى القرنية والقزحية وبقيبة اغشية المقلة فينتج من ذلك تقحج المقلة

عدوى الرمد

اعراض الرمد
اعراضه الخفيفة

اعراضه الشديدة

في بعض الاحيان وذوبانها بالكلية والرمد قد يكون في احدى العينين وقد يكون
 فيهما معا وفي احدهما عقب الاخرى * واما انتهاءه فانه خفيف ينتهي احيانا في
 ثلاثة ايام او اربعة والمشتد لا يكون اقل من خمسة عشر يوما او عشرين واحيانا
 ينتقل الى الحالة المزمنة او تبقى بعده قروح وخراجات في القرنية والرمد يكون سببا
 لا كثر بقية آفات العين كالظفرة والعنبه والبيضاة واللاووكوما وهي نكتة
 اى قرحة في القرنية وغير ذلك * والاعراض التي تعرض في رمد الاقليم المصري
 تقرب من الاعراض التي ذكرناها الا انه مخصوص بكون الاعراض فيه اشد
 وسريعة السير وانتهائها اكثر خطرا وكثيرا ما يستولى استيلاء وافديا بحيث لا يسلم
 منه الا القليل ويحصل فيه الرمد للشخص الواحد في الفصل الواحد اكثر من مرة
 ومما هو خاص به كثرة الافراز للمادة الصديدية الشكل وسكون المريض
 بالتهار وهيجانه قبل غروب الشمس ببعض ساعات وياخذ في زيادة الاشتداد مدة
 الليل ثم ياخذ في التناقص قرب الفجر والظاهر ان اشتداده ناشئ من اشتداد تأثير
 الاسباب المحدثه له واستمرارها * والرمد الصديدي الشكل يصيب في الغالب
 الاطفال واسبابه غير معروفة جيدا او واصفه ورم عظيم في الاجفان بحيث لا يمكن
 تباعد احدهما عن الاخر وورم واحرار في المتحم واحيانا انقلاب الاجفان
 عند صراخ الطفل وبكائه ثم يعقب هذا الانتفاخ المستمر بعض ايام افراز غزير لمادة
 مخاطية صديدية الشكل ويزداد على هذه الاعراض الموضعية حركة جى شديدة
 وصراخ وارتعاش دائم وارق وفي كثير من ايام قلائل *
 والرمد المذكور يحصل ايضا عقب ارتداع البليثوراجيا اى التهاب الاقرني
 في مجرى البول وتارة يصدر من تطعيم المادة السمية الافرنجية بواسطة مس
 الاصابع للاجفان عقب مس القضيب المصاب بهذا الداء ويتسبب هذا الداء
 ايضا من غسل العين بالبول المار في قناة مجرى البول المصابة به وهذا الداء
 قد يكون مقصورا على عين واحدة ولكن الاغلب ان يصيبهما معا ويتبدى
 بالم خفيف يزاد شيئا فشيئا في ايام قلائل حتى لا يكاد يحتمل ويصاحبه حرارة
 محرقة وشدة تأثر من الضوء ونضح مخاط يميل للخضرة يشبه المادة السائلة من

انتهاء الرمد

اعراض رمد الاقليم
المصري

اعراض رمد الاطفال

الورم البليثوراجي

الرمد الحنازيري

الرمد الجدرى

الرمد المتقطع

الرمد المزمن

القضيب وسير نوع هذا المرض سريع جدا والغالب ان ينتهي في مدة ثمانية ايام
والعوارض الرئيسية المتسببة عنه القروح او ظلمة القرنية واحيانا استفراغ
وطويات المقلة * والرمد الحنازيري يصيب في الغالب الاطفال والنساء وينتقل
عن احدى العينين الى الاخرى بالتعاقب وقد يكون دوريا ~~ي~~ يمكن في ادوار غير
منتظمة وكثيرا ما يسبب رسوبا بين صفايح القرنية وقروحا فيها وكثيرا ما يصاحبه
تغيرات اخر حنازيرية كاحتقان الاجفان والشفتين وغدد العنق وتحول ذلك
* والرمد الجدرى يصدر من البثور الجدرية الناشئة في حوافي غضروف الاجفان
ونوع هذا الرمد يعسر شفاؤه لان القروح الحاصلة من البثور عرت غدد ميبوميوس
فيصدر حيثئذ سيلان صديدي يستمر حلة سنين واحيانا مدة حياة الشخص
* والرمد المتقطع لم يوجد بالفعل غير انه مخصوص ببعض انواع كالرمد الاقربجي
ورمد الاقليم المصري وبعض انواع الرمد الاعتيادي تشاهد فيه نوب دورية
لا تشبه بالاشتدادات اليومية الحاصلة في مطلق رمد * واما الرمد المزمن فيجلبه
خصوص ملتحم الجفن وكثيرا ما يحصل عقب الحاد واحيانا يكون اوليا ويصيب
على الخصوص الاشخاص الضعاف ومن يعيش في الاماكن الشديدة الضوء
او التي يكون الهواء فيها حاملا لوطوية زائدة او ابخرة مهيجة وكذا الاشخاص
الذين يمعنون النظر دائما في المربيات الدفعية واعراضه اولان يكون الالم فيه خفيا
يزول ويعود وكثيرا ما يعود من تعب الاعين والسهر وعدم انتظام تدبير المرضى
وثانيا احمرار ظاهر وانتفاخ قليل في الملتحم سيما في الحواف السائبة والوجه
الباطن للاجفان وثالثا ضعف بصر لا يتمكن معه من الاشتغال زمنا طويلا
وتدمع دائم وسير هذا المرض غير منتظم وهذه الاعراض كثيرا ما تزيد وتنقص
وتارة تزول بالكلية وتارة تستمر بلا نهاية وكثيرا ما يصاحبه انكث وبثور وقروح
ومن المؤلفين من ذكر انواع اخر من الرمد كالرمد الاسكوريوطي والالتهابي المصلي
والقوبوي والسيمياقوي والانتقالي وغير ذلك

معالجة الرمد على العموم

إذا كان الرمد حادا خفيفا كفي غالباً بتبديد العين عن الضوء والنار وغسلها ببرود
 ملين مخدر واستعمال الابرن القديمة المهيجية والمشروبات الملطخة المسهلة قليلاً
 والمنع من شرب النبيذ والمشروبات الروحية والقهوة وغير ذلك وأما الضمادات
 المليئة المصنوعة من السفرجل فتتفع إذا كانت خفيفة بحيث لا يزيد الألم من
 ثقلها وإذا وجد في المقلة ألم شديد وضائق الحدة وانقبضت ينبغي أن تدلك دائرة
 الحجاج بخلاصة البيلا دوناً وبقطر بعض قطرات بين الجفان من محلولها المائي
 وإذا كان الرمد شديداً مؤلماً فاول ما يفعل الفصد الغزير في أول المرض إذا كان
 المريض شاباً إذا امتلاء دموى مستعداً لالتهابات وإذا كانت الحمى شديدة قوية
 أعيد الفصد في اليوم الثاني ومع ذلك تنبه المسالك الهضمية بالمسهلات مع
 مقاومة اجرار الملتهم بارسال العلق على الصدغين او تقررة القفا او خلف الاذنين
 او على الجفن الاسفل ويكرر ذلك او بواسطة المحاجم التشريطية كل ذلك لاجل
 اضعاف الالتهاب في مدة يومين او ثلاثة ثم ان سكنت الحمى والام وزال اجرار الملتهم
 فوضع سريعاً منقطة على تقررة القفا فبذلك تقصر مدة الرمد التي تطول في اكثر
 الاشخاص وتعاون تسايح هذه المعالجة برفع رأس المريض وبوضعه في محل مظلم
 مع الحمية القاسية وإذا اشتد ضمير المريض واستمر ارقه اعطى له من الباطن
 بعض الاستحضارات المخدرة * ومعالجة رمد الاقليم المصري كمعالجة الرمد
 المذكور آنفاً غير انه من حيث ان هذا الرمد في الغالب كثير الاشتداد عن ذلك
 ينبغي ان يعتنى بمقاومته بقوة * وإذا صاحب الرمد سيلان صديدي يستدعي
 غسله كثيراً فينبغي اذا زالت الالام وانتهى دور الحدة ان يستعمل عمل البرود المتخذ
 من مقطر الورد او لسان الحمل مع منقوع الشعار وزهر البلسان وغير ذلك ويضاف
 على هذه البرود بعض قطرات من سولفات التوتيا او النحاس او اتشيتات الرصاص
 ويتفع ايضا محلول الشب الخفيف بارد او ينسبه قليلاً ببعض قطرات من روح
 الافيمون او روح العرقى المكوف ولكن انفع الادوية تجنب الضوء بالكلية فينبغي
 استمراره ما أمكن ونكسات هذا الرمد التي هي كثيراً ما تحصل لا تمنع الا بهذه
 الطريقة التي تمنع ايضا الاستفرغات الدموية التابعة والمعالجات التي هي كثيراً

معالجة الاشد

• معالجة الرمد المصري

معالجة الصديدي

معالجة البليثوراجي

معالجة الخنازيري

معالجة رمد الجذري

معالجة المتقطع

معالجة المزمن

لا تنفع الا اذا انتقل الرمد للزمانة وينبغي ان يؤمر المريض زمن النقاهة بعدم
المطالعة وعدم الاشتغال بالليل على ضوء المصباح وعدم النظر لالتهاب النار
وتجنب الماء كولات والمشروبات المنبهة * والرمد البليثوراجي يستدعي
الهمة الزائدة في المعالجة فيبدأ بالاستفراغ الدموي الغزير العام والموضعي
ويجتهد مع ذلك في ارجاع التهاب مجرى البول بادخل المراد التي من الشمع فيه
مدهونة بالمادة المفروزة من الملتحم ومما يقوى هذه المعالجة نفخ الزبيق الحلو كل
صباح في القلة وتقطير روح الافيون في المساءين الاجضان واعطاء اوقية
من مسحوق الكبابا الصيني كل يوم ومن المعلوم ان هذه الوسائط لا تستعمل
الا بعد انتهاء الالتهاب * وفي الداء الخنازيري بعد استعمال الوسائط اللازمة
لمقاومة الالتهاب يعطى من الباطن الجواهر المرة ويؤمر للمريض بالبرودات
الخفيفة القابضة وبمرهم التوتيا او مرهم الحجر الجهنمي او مرهم الرسوب الاحمر
او البرودات المصنوعة من حجر جهنم او من البوتاسة الكاوية من قمحة
الى قمتين في اوقية من الماء المقطر وهذه المراهم والبرودات تنفع اذا كان
في الاجضان بعض سحج ويؤمر له مع ذلك بهواء نقي يابس وبالرياضة فان ذلك
من الوسائط المقوية لبنيته وقد يستعصى الرمد عن هذه الوسائط ويبقى الى سن
الشبوية فيزول من نفسه * وفي الرمد الجذري يلجأ بعد استعمال مضادات
الالتهاب الى استعمال القوابض والمقويات فان لم تكف الوسائط المذكورة فاقوى
منها الخزم في القفا مستمر ازمنا طويلا وكثيرا ما يحصل فائدة من المراهم والبرودات
المذكورة انفا * وفي الرمد المتقطع تستعمل سولفات الكينيكينا وتعطى
زمن الفترة من الباطن * ومعالجة الرمد المزمن مؤسسة على ما ذكرنا
انفامع كون المريض يجتنب جميع الاشغال المتعبة للبصر وعليه ان يستعمل
دائما العيون الزجاجية ذات اللون الاخضر او الازرق فان كانت المسالك الهضمية
سليمة صح ان يحدث فيها تصريف قوى او ضعيف بواسطة المسهلات وكذا ذلك
الجلد والاستحمامات البخارية والخزم في القفا والكي بالمحاور او بالمتصى في اليافوخ
او القسم الخلمي واستعمال المراهم والبرودات التي ذكرت في معالجة الرمد

الخنزيري وتشريط الملتحم والغسل بمحلول موريات الباردة وتفتح الزيبق الحلو
الثلثي وحده أو ممزوجا بقدره من التوتيا والسكر النبات وان يقطرين الاجفان قطرة
أو قطرتان من روح الافيون بواسطة فتيلة مرتين أو ثلاثا في النهار على حسب
الحاجة وهذا كثيرا ما يستدعى قبل استعماله في الاشخاص اصحاب الامتلاء
الدموي فصداعا

الثانية كدم الملتحم

كدم الملتحم ان يعقب الرض الشديد في الاجفان أو المقلة سريان مقدار من الدم
تحت الجلد وخلف الملتحم فيتسبب عن ذلك نكتة حمراء واسعة كثيرا أو قليلا
وحيث ينبغي ان يوضع على العين المحللات الباردة فانها تزيد في بعض ايام
فان حدث التهاب قورم بالوسائط المناسبة له

الثالثة نقاط الملتحم

النقاط في الملتحم قد تصدر من وضع السوائل المهيجة على العين والغالب
انها تزول من ذاتها وقد تستقصى فتفتح بموضع رفيع حاد جدا يلف على نصله
فحو خيط حتى لا يبقى من سنه الا قدر خط ويوضع في الورم المراد استفرغه
بانحراف والشفاء ينهي بالغسل البارد

الرابعة الاجسام الغريبة بين الاجفان او في طبقات المقلة

كثيرا ما يقذف الهواء اجساما دقيقة ساجحة فيه الى العين فتصل للملتحم وتقف
بين الاجفان او تنغذي جواهر المقلة وتنغرس فيها فان لم تنغرس في ثنيات
الملتحم سهل اخراجها بان تقلب الاجفان وتبعد عن بعضها بواسطة حلقة من ورق
او من معدن ثم تستخرج وان غرست في الاغشية التقطت بملقاط رفيع واخرجت
بسنابرة او شقت الاغشية بالشرط ان كانت غائرة فيها وبذلك يزول الالم والرمد
المستعصي المستمر بسببها

الخامسة تمدد او عيب الملتحم

واعلم ان الالتهايات المزمنة في سطح المقلّة قد تسبب تمددا في اوعية الملتهم يستمر
بعد شفاء المرض ولا تنفع فيه اشدانقوايض فعلا وقد يصحب قروح القرنية ونكستها
تمدّد حبييل وعاءى كبير الحجم او صغيره يجذب اليها كمية غزيرة من الدم وفي هاتين
الحالتين اوصوا بقطع الاوعية اوبازالة جزء من طولها وهو آمن في الغشاء وينبغي
لذلك ان يكون الشخص جالسا مثبتا رأسه كما في عملية القديح وتمسك الحزمة
الوعائية بملقاط رفيع جدا وترفع ثم يزال ما هو منحصر بين سني الملقاط بمقص رفيع
منحن على سطحه والدم الغزير الخارج من ذلك يزال احتقان الجهة وبعض غسل
محلول يجمل الشفاء

السادسة ظفرة

الظفرة زيادة دوائية في الملتهم شكلها مثلث فاعده تلي الصلبة وقته تسعى نحو
مركز القرنية ولونها رمادي مائل للحمرة والغالب انها تكون في الزاوية الانسية
للعين واحيانا في الزاوية الوحشية وتكون تلك الزيادة واحدة او جملة كثيرة تتجمع
لبعضها وتصبح غشاء صفيقا يغطي معظم القرنية * وقد اوصى في معالجتها على
استعمال برودات مختلفة سائلة وبابسة كالألحال واغلبها قليل النجاح وشفافاؤها
انما يكون بالقطع فان لم يقوى عليه المريض فسهل بالجراجهنى على مرات
متباعدة ما ينشأ من الزمن ربما حصل منه النجاح في الظفرة الخفيفة والظفرة
ان لم تصل للقرنية كفى قطع ثلثها او نصفها بالمقص مرة واحدة على حسب طولها
من القمة الى قرب القاعدة بخط وان كان ممتدا على القرنية مسك بملقاط من قرب
قته بخط ورفع حتى تحصل قرعة خفيفة تدل على انفصالها عن الصفيحة الرقيقة
الداخلية الضامة لها بالقرنية ثم تقص بالمقص على حسب طولها من القمة الى
القاعدة

السابعة جروح المقلّة

اعلم ان تفرق الاتصال في اغشية المقلّة او وخرها اذا كان بسيطا لا يستدعى
معالجة غير التنبيه لتقريب الاجفان لبعضها واستعمال الوسائط العامة

معالجتها

والموضعية المختصة اما يمنع الاتهاب عن الاجزاء الجريحة واما بمقاومة الاتهاب
اما اذا لم يكن بسيطابان كان معه خروج القرحية من الجرح فينبغي اولاردها
او خروج البلورية عن محلها الاصل فينبغي استئصالها ولو بتوسيع الجرح لتسهيل
خروجها ولا ينبغي الشروع في العملية الا اذا دعى الطبيب وقت حصول الجرح
اما اذا كان الاتهاب اخذ في التقدم اخذت عملية الاستئصال لوقت آخر وما
يسبب فسادا كاملا لجروح الاسلحة النارية

الثامنة: شور اوخراجات في القرنية الشفافة

الخراجات في القرنية الشفافة تكون على هيئة نكت شبيهة او مائلة للصفرة
مستديرة معتمة وتكون في وجهها الظاهر او في سمكها او في وجهها الباطن
المحاذي لتجويف الرطوبة المائية فان كانت سطحية غير غائرة واستعصت على
الملطفات والمحللات فتحت بسن مبضع يتوجه اليها مع الاستحكام اما ان كانت
غائرة فينبغي ان تترك وانما يقاوم التهييج المصاحب لها وينتظر قوتها باجتهاد
الطبيعة اما من الخارج او من جانب الخزانة المقدمة للمقلة

التاسعة قروحها ونواصيرها

قروح القرنية تعرض على هيئة تفرق الاتصال وتكون غائرة واسعة اولا
وحوافها حرا منتفخة مرتفعة وقرارها يكون رماديا ويصاحبها الم شديد محرق
مستمر والذي ينبغي اولا مقاومتها بالمليينات والقصد الموضعي وايضا بقطع الاوعية
المتهددة المغذية لها * واذا استعصت على هذه الوسائط الشفائية كويت
في كل اربعة ايام او خمسة بقطعة من حجر جهنم يحذب طرفها حتى يصير كسن
الابرة ويداوم على ذلك حتى تزول العوارض وتتغى اسطحها بازوار خلوية
عضلية من طبيعة جيدة وينبغي عقب كل مرة من مرات السكي ان يسكب على
المقلة بعض من ماء الخطمية لتنظفها من الاجزاء الدايبة فيها من الكاوي ويستمر
على استعمال المليينات واذا نفذت هذه القروح للخزانة المقدمة سببت سيلان
الرطوبة المائية سيلانا متواصلا فيكون من ذلك نواصير القرنية وحينئذ فينبغي

قد يلزم كي سطحها

ان تقاوم هذه النواصب بنفس معالجة قروح القرنية فان كان الناصور عريضا
انبتقت القرنية بين حوافيه وبرزت الى الخارج وربما زاعت البلورية وسالت
الرطوبة الزاجية شيئا فحصل الفساد في المقلة

العاشرة نكت القرنية

النكت في القرنية تسمى باسماء مختلفة فتسمى بالسحابة اذا كان مجلسها
الملتحم المغشي للقرنية وبالبياضة اذا كان مجلسها نفس القرنية وبالليو وكوما
اذا كانت متكونة من اثره جروح او قروح في هذا الغشاء * اما السحابة
قطلة خفيفة تكون في ملتحم القرنية الشفافة يصحبها ويتقدمها زمد من من
وهي لا تمنع ابصار المريض بالكلية بل تشاهد كأنها خلف ستر شفاف او ضباب
واوعية الملتحم معها تكون دوالية من منة متعددة ويسرى على طول مسيرها
في منسوج الملتحم مصلا شهب زلالا * وهذا الداء وان كان كثيرا ما يستعصى عن
المعالجة الا انه قد يزول باستعمال بعض وسائط مخصوصة به كمضادات الالتهاب
والفصد العام والموضعي والحزام وغير ذلك وقد اوصى له بادوية مختلفة منها مسحوق
كلورور والقلبي يوضع على المقلة بقلم يغمس اولا في روح الافيون والمعلم دبوترن
يستعمل له مسحوقا من بكامن مقادير متساوية من مستحضر التوتيا والسكر
النبات والزيت الخلو الا انجليزى فيأخذ قمعته منه وتنفع في المقلة وينبغي للمريض
ان يغسل عينه او يمسحها عتب ذلك فبذلك قد يحصل الشفاء في بعض اسابيع
فاذا لم ينجح ذلك فاجود الوسائط واسرعها قطع الاوعية التي صارت دوالية قرب
ملتقى الصلبة بالقرنية عند محل تكون السحابة وكيفية هذه العملية شرحت في
معالجة تمدد الملتحم * واما البياضة فهي نكت يضاء في جوهر القرنية
تكون من انصباب لينفا معتمه بين صفايحها ودائما تكون نتيجة رمد ثقيل
وتخالف السحابة في كونها اثنى ومجلسها اغور وعلى حسب مجلسها من
القرنية وسعتها يتسبب تشوش البصر والعمى بالكلية وقد لا يتشوش وكما
كانت البياضة من منة والمريض مسنا كان شفاؤها اعسر واذا حدثت في اثناء

منها السحابة

معالجتها

ومنها البياضة

ورمد حاد وروم على المعالجة المضادة للالتهاب فان لم تشف معه وبقيت ينبغي ان
يجر من امتصاص الليثا الطاخة بالوسائط التي ذكرت في معالجة السحابة
واذا كان المرض قديما ولم تنفع هذه الادوية كلها والغالب فالاصوب ان يترك
الامر لاجتهاد الطبيعة واذا نهبت النكتة وعادت دوالي الملحم وكان هو المديم
لها استحسن قطعه كما ذكر آنفا * واما الليوروكوما اي الاثرة في القرنية فنكتة
بيضاء كالسابقة لكنها ناتجة من التحام قرحة او جرح في سطح القرنية وهذه
العلة تعجز عنها الصناعة غير انه اوصى بنحت القرنية وازالة بعض من طبقاتها
لكن هذا مما يزيد في الداء وليس من المداواة في شيء بل كثيرا ما يتسبب عنه تهيج والم
ورمد جديد وليس هنالك واسطة لازالة هذا الداء الا طول الزمن فانه قد يخفقه
عما كان

ومنها الليوروكوما

الحادية عشر الايپويون

الا يپويون مقدار من الصديد يكون في الخزانة المقدمة للمقلة ويشاهد في العين
المصابة به خلف القرنية من الاسفل نكتة شهباء على هيئة قوس من دائرة
يرتفع جانبه العلوي في بعض الاشخاص الى الحدقة او الى اعلى الخزانة المقدمة *
واكثر الوسائط نفعا في تحريض امتصاص المادة الصديدية للمنسكبة ازالة تهيج
المقلة ووضع المنفطات على القفا واحداث تصريف قوى في القناة المعوية فاذا زال
الالتهاب كله ولم تنجح المعالجة صح ان تشق بسكين القدح كما يفعل في استئصال
البلورية لكن الشق هنا يكون اصغر فاذا خرجت المادة لم يبق الا مقاومة
العوارض المتسببة عن العملية

الثانية عشر استسقاء المقلة ويسمى الاستسقاء الرمدي

الاستسقاء الرمدي يكون نارة من زيادة الرطوبة المائية ونارة من زيادة الرطوبة
الزجاجية ففي الاولى تكون القرحة مقعرة من الامام محدبة مندفعة من الخلف
وفي الثانية يكون التحجب والان دفاع فيها الى الامام وكثيرا ما يظهر انه يكون من
الرطوبتين معا ثم هو قد يكون في عين واحدة او في العينين معا والاطفال معرضون

لها أكثر من الكحول والشيوخ وأسبابه أسباب الاستسقاء سيما الضربات والالتهابات
 في المقلة وتكون القرنية في هذا الاستسقاء بارزة جدا وكثيرا ما تكون غير مستوية
 والصلبة متعددة وفيها ارتفاعات صغيرة والحدقة تكون أيضا متعددة وقليلة
 الحركة ويضعف الإبصار شيئا فشيئا ثم يفقد بالكلية ويحصل ارق والم شديد متوتر
 في قرار المقلة وفي الجانب المحاذي لها من الرأس وقد يزيد حجم المقلة كلها
 فتحفظ من الجحاج وتبعد الجفنين عن بعضهما فلا يمكن ان يغطياها فتلتهب
 من دوام مما استهل الهواء وقد تنفجر من ذاتها وتستقر غرطوباتها فالموت اذن
 قد يكون عاقبة لهذا الداء * ومعالجة الاستسقاء الرمدي تختلف بحسب اسبابه
 وقدمه وغيرهما فلذلك استعملت على حسب الطوارق الايدراجوجيه اي
 المجففة للمياه والانواع المختلفة من المسهلات والقصد العام والموضعي والمنقطات
 والخزام والمقصي والمحاجم والمكمدات والبرودات والتهابيل المختلفة الطبيعة
 فان لم تفد جميع هذه الوسائط ولم يزل المرض آخذا في التقدم وحدثت العوارض
 المقلقة فليبادر باستفراغ رطوبة العين بالعملية وليس غاية هذه العملية تصغير المقلة
 باستفراغ الجزء الزائد من الرطوبة المائية كما زعم ذلك من فعل العمليات الاتية لان
 الشفاء لا يمكن حصوله بذلك والعمليات المذكورة البط والخزام والشق اما البط
 فكانوا يسطون المقلة بيازة رفيعة تدخل في مركز القرنية الشفافة واما الخزام
 فكانوا يدخلونه في المقلة مجاوزين به الجهة المقدمة منها تستفرغ تدريجا وليس
 للخزام نجاح اكثر من البط وكلاهما مجبور واما الشق فكانوا يشقون القرنية شقا
 هلاليا كالمستعمل في عملية القدرح استئصالا والمستعمل في ذلك هو الموضع
 اوسكين القدرح ولا بد ان يكون الشق المذكور على وجهه يسهل خروج السيل
 شيئا فشيئا وكلماتنا قص السيل اخذت حواف القشرة في الانضمام لبعضها فلا
 يتمكن الهواء من الدخول لباطن المقلة * واذا تمت العملية زالت العوارض
 غير انه قرب اليوم الرابع يحدث التهاب تنبغي مقاومته بالمليينات والقصد الموضعي
 وبقيسة الوسائط المضادة للالتهاب ولا تتم المعالجة الا اذا التهمت القرنية
 الحاصلة في الجرح واستحال المقلة الى درنة متحركة يسهل عليها تثبيت مقلة

معالجته

المعالجة التابعية

الثالثة عشر العنبة

العنبة تتوزأ في القرنية الشفافة لا يكون معه زيادة حجم في بقية اجزاء المقلة فتكون القرنية بارزة للامام ومبعدة للاجفان عن بعضها وهذه الافة تصيب القرنية كلها وبعض اجزائها وقد شوهد مجلسها في الصلبة وبروز القرنية في الاطفال يصيرها البالية واكثر صفاقة من غير ان يحصل اتساع في تجويف الرطوبة المائية بخلاف ذلك في الشبان فانه يصيرها ممتدة مسترفة متكونا فيها مخروطي مقعر تبرز فيه الرطوبة المائية والقزحية واحيانا البلورية ثم ان كان الورم صغيرا حادنا قروم بمضادات الالتهاب وبا لمصرقات وفي الطوارق الثقيلة التي تسبب العملية فيها التهابا شديدا ناعا ترا وتسبب ايضا فساد القرنية ينبغي ان تفرغ المقلة اذا استمرت العوارض وابسط العمليات تنفيذ سكين القدح في الورم تنفيذ اقصيا ثم يفصل الهدب السفلي من الشق وبعد فصله بحسك بملقاط رفيع منحني على سطحه فيتمتذ تسحيل العين الى درنة متحركة صغيرة الحجم تكفي في تثبيت مقلة صناعية * والمعلم ديمور يبدل سكين القدح في كشط العنبة والقرنية بحلقة توضع على المقلة ويمر عليها من الامام بسرعة نصلا فاطع الاسن له بواسطة لولب فيزيل الجزء البارز من الورم وهذه العملية لا يقال في شأنها شيء سوى ان الالة المستعملة فيها غير بسيطة

المعالجة

كيفية ديمور

الرابعة عشر فتق القرنية او انشقاقها

منى كانت القرنية الشفافة مثقوبة بسبب تقرح او انفجار او جرح انبثقت الدائرة الصغيرة للقزحية وتشبكت في ثقب القرنية وكانت على هيئة ورم اسود مؤلم وكل من عماسة الهواء واحتكاك الا جفان يحفظ في العين وربما استمر او تشوه الحدقة يكون اعظم كلما قربت لدائرة القرنية فيزوغ جزء عظيم من القزحية عن محله واذا كان في القزحية جلة فتحات من هذا النوع كانت الفتوق على حسب اعدادها وكلما كانت الفتحة واسعة كان الفتق اعظم حجما ففي هذا الحالة ينبغي اولا مقاومة

تهيج العين والتهابها وهذه المعالجة قد تكن أحيانا الشفاء المرض لكن ان كان الورم
مستمر امدا يبالا عراض وجب كيه بمجبر جهنم ويكرر حتى يزول ابشاق القرنية
ويستحيل الداء الى مجرد قرحة في القرنية

الخامسة عشر تكوين الحدقة الصناعية

اعلم ان تكوين الحدقة الغير الطبيعية يضطر اليه في احوال اولها اذا ولد
الجنين وحدقة مسدودة بالغشاء الحدقي اعني القرنية وثانيها اذا عدت
الحدقة بسبب فتق القرنية والتصاقها بالقرنية وثالثها اذا كان الجزء المقابل
للحدقة من القرنية مظلما والجزء الباقي من دائرتها شفافا غير محاذ للحدقة واول
من اخترع الحدقة الصناعية لارجاع الابصار جراح انجليزي ماهر يسمى
شيريلدن كان موجودا في اوائل القرن الثامن عشر وبعده اخترعت بعض
تسوعات لتتميم هذه العملية ونحن لانذكر منها الا ما كثر استعماله (ومنى كان المعتم
من القرنية واسعا فليكن الشق في النقطة المانعة من نفوذ الضوء لئلا يسبب
الالتحام زيادة ضيق في الجزء الشفاف الذي يشاهد خلفه فتحة القرنية فان
كانت القرنية ملتصقة بالوجه الخلفي للقرنية او بالوجه المقدم لغشاء البلورية
ازيل هذا الالتصاق ثم يبحث عن حالة الحدقة الطبيعية وعن المحل الذي
يستصوب فيه فتح الحدقة الصناعية وعلى كل فيضطر في تكوين الحدقة الغير
الطبيعية لتنعكس البلورية وغشائها لانهما ان كانا مظلمين بالفعل كانت
ازاعتها ضرورية وان كانا حاقطين لشفافتهما امكن فقد هاتهما اذا احببا
بالالة او تشارك في التهاب القرنية وبصيرا مظلمين فيحتاج لعملية القرح
* وكيفية تكوين الحدقة ان يجلس المريض امام كوة ينفذ منها ضوء كثير
لكن غير شديد وتثبت رأسه على صدر المساعد الذي يرفع الجفن الاعلى
عندما ينكس الجراح الجفن الاسفل بيده اليمنى ان كانت العملية في العين
اليمنى وباليسرى ان كانت في اليسرى ثم تغرز سكين صغيرة رقيقة مستطيلة
ذات يد في المحل الذي تنفذ فيه الابرة لتنعكس البلورية ويكون حد السكين من

شروط العملية

كيفية العملية بالشو
على رأي ستريلدن

الامام وعند بلوغ سنّها الى الجزء الخلفي من القزحية قريبا للزاوية الانسية
 ببعض خطوط تدفع خلف الوجه الخلفي للقزحية وتحرك من الخلف الى الامام
 في سمت هذا الغشاء ويشق بالعرض ذاهبا بالالة من الزاوية الانسية للزاوية
 الوحشية ثم تخرج الالة والمعلم وينزل كان يمسك بعد فتح القرنية على حسب قاعدة
 الاستخراج في الكرات بالجزء الاوسط من القزحية بشعبي ملقاط دقيق ويجذبه
 نحو بلطف ويقص منه جزءا بالمقص المنحني على سطحه ومن حيث ان زوال الجوهر
 في هذه العملية يصيرها مأمونة العود كانت مقبولة بالاكتر * والمعلم منوار
 نوع هذه القاعدة بعض تنوعات مفيدة وهذه التنوعات هي المقبولة المتبعة
 يومئذ عموما وهي انه بعد ان يشق القرنية كما في الاستخراج يوصل للقزحية مقصا
 رفيعا منحنيا على جنبه احدى طرفيه متجهة برزوزيتوني الشكل والثانية وهي
 الحادة حدها ثمانية خطوط والمريض جالس كما هو او مستلق ورأسه مرتفع ثم ان
 كانت شفافية القرنية تمكن الجراح من الشق في القرنية فعلة في الجزء السفلي
 منها وفي الجانب الوحشي والابان كانت الشفافية في جزء منها فقط ترك الجزء
 الشفاف وشق في المظلم في الاولى يشق في الجانب الوحشي شقا طوله اربعة
 خطوط ويدخل منه المقص المذكور مرة فولا ثم يفتح جاعلا شعبيه الحادة تنفذ
 في القزحية وذات الزخارجة جهة القرنية ثم يقبضه فيشق القزحية بالطول ثم
 يدبر المقص قليلا ويشق شقا اخر فيكون الهدب الحاصل من الشقين على هيئة
 مثلث قاعدته نحو اعلى دائرة القزحية ورأسه نحو الحدة وهذا الهدب يتقاص
 نحو دائرة القزحية ويبقى محله ثقبها هو الحدة الصناعية وهذه الكيفية تتبعها
 المعلم اسكاريا بالكونها السهل الكيفيات المعروفة وامنها * واخترع الماهر اسكاريا
 كيفية اخرى وهي انه يدخل في المقلة ابرة قدح من المحل الذي تدخل فيه في عملية
 التنكيس في الكراتا وعند وصول الابرة الى اعلى الجانب الانسي من القزحية
 قرب دائرتها العظيمة يشق بها هذا الغشاء من الخلف الى الامام ثم يذهب بها الى
 الاسفل فيفصله ثم يذهب بها الى مبداء الفتحة فيوسعها بقدر ما يراه مناسبا ثم
 يخرجها ومن الواضح ان كسط جزء من القزحية هو امن هذه القواعد الثلاث

او بالقطع على رأى وينزل

كيفية منوار

وبفصل الدائرة الكبيرة
 على رأى اسكاريا

حكومة على هذه
 العمليات الثلاث

لان الجزء الذي معه زوال الجوهر بصير اقل قبولا للانكماش وعود الانسداد من الشق البسيط ولذلك كانت نتيجة الشق المزدوج الذي هو منسوب للمعلم منوار لكون غايته قطع الهدب لا تخالف السابقة بل ينبغي تفضيلها عنها واما فصل جزء من دائرة القرزية فمن المعلوم ان الفتحة الصادرة عنه كثيرا ما تزول وكيفية العلم منوار وان كانت هي المختارة عموما الا انها لا يمكن استعمالها في جميع الاحوال ومن الطوارق ما يختار فيه فصل القرزية واختيار ذلك منوط برأي الجراح ومهما اختير من القواعد لاحداث حدقة صناعية فينبغي معه ان لا يبرح عن البال كون الطوارق التي لا يحصل فيها النجاح كثيرة جدا فلا ينبغي ان يقدم عليها الا في الطوارق الابقى ذكرها وهي اولا اذا عوى العينان معا وكان ذلك من عدم انثقاب القرزية او من وجود نكتة في القرنية تكون امام الحدقة وتظهر ان هنالك جزء سليم من القرنية بحيث يمكن فيه عمل الحدقة الصناعية وتكون واسعة بقدر الطبيعية ثانيا اذا كان المريض ولوا عوى في الظاهر قادر على تمييز درجات الضوء ثالثا اذا لم يوجد في رطوبة العين ولا في اغشيتها تغير يمنع نجاح العملية رابعا اذا لم يكن في المريض اعراض الداء الا فرجى اوداء الخنازير وليس في بنيتها نوع ضعف والمعالجة التابعة في عملية الحدقة الصناعية لا تخالف التي عقب عملية للقدح

الساكنة عشر الكثر اتا اى الماء الازرق

الكثر اتا هي ظلمة البلورية او غشائها طلمة تحجب نفوذ الاشعة الضوئية اليها فتمنع الابصار وللقدماء في حقيقة الكثر اتا اراء فاسدة فانهم لفقد هم المعارف التشريحية المرضية وجهلهم بالوظائف الحقيقية لاجزاء العين كانوا يرون ان البلورية محل الابصار وكان بعضهم ينسب للكثر اتا السيل غريب يتخذ خلف الحدقة فيكون مانعا لمرور الاشعة الضوئية فيها وبعضهم يجعلها جلدة رقيقة مظلمة تمتد امام البلورية فتمنع صور المرئيات من الوصول اليها وهذا الخطا بقى مستمرا الى اوائل القرن السابع عشر من الميلادة واسباب هذا الداء غير معروفة

معرفة جيدة والمعتبر منها في الاكثر التقدم في السن وتأثير الضوء الشديد
 والضربات والسقطات واحتباس السيلان الطمئي والباسوري وارتداد القوبا
 ونحوها والداء الاقربحي ولكن حسن التجربة تفي ذلك فقد شاع في عصرنا هذا ان
 البلورية ومحفظتها كثيرا ما يصيران مظامين مع عدم امكان تحقيق سبب لذلك
 وعلى حسب الظاهر قد تكون موروثية فقد شوهد استمرارها جلة سنين في عيالات
 بواسطة التناسل وقد تولد الاطفال مصابة بها ثم ان كانت في غشاء البلورية سميت
 محفظية لكون هذا الغشاء حافظا للبلورية واذا كانت في البلورية نفسها سميت
 الكتراتا البلورية ويقال لها حينئذ الحجرة او اللبنة او الجبنية على حسب قوامها
 وتسمى ايضا بحسب الوانها فيقال كتراتا بيضا اولولوية وصفراوسمراورمادية
 وخضراوسودا على حسب اللون وتكون ثابتة وهو الغالب ومتحركة على حسب
 وجود الحركة فيها او عدمها وتكون بسيطة اذا كانت في البلورية او في غشائها
 او فيهما معا ومعموية بالاتصاق او باليوكوما او بالكمينة او بنكت او غيرها
 كغالب العصب البصري المسمى بالامروز وهو اصعب انواعها علاجا وتكون
 في عين او فيهما ثم ان كانت في غشاء البلورية تسمى اولية ان كانت ظلمتها
 حاصلة من نفسها وثانوية ان كانت نتيجة عملية وسير الكتراتا في الغالب بطيء
 واحيانا تكون في زمن قليل وفي ابتداء المرض يشاهد المصابون به المراثات كأنها
 خلف شتر شفاف وضباب يزاد في الكثافة شيئا فشيئا ويشاهدون ذرات خفيفة
 زبد فاسودا كأنهما متعلقان في الهواء ولا يتحركون من تمييز اشكال المراثات
 ثم يحصل لهم العمى التام وحينئذ فيكون التشخيص سهلا فان المريض
 لا يبصر وحدته كأنها مسدودة بجسم مظلم ملون بالوان مختلفة والاعلم كونه
 اشهب واذا كانت ظلمة البلورية غير كاملة انبسطت الحدقة وانقبضت من تأثير
 الضوء في العين وقد لا تنحصر الحدقة اصلا ويصدر ذلك من الكمنة او من التصاق
 البلورية بالقزحية او غير ذلك والكتراتا الخلقية لا تفقد معها قوة الابصار فان من
 المصابين بها من يميز الالوان الواضحة كالبياض والسواد والحجرة وغيرها والغالب
 انهم يحولون المقلة الى الاسفل عند رؤية هذه الاشياء ومن النكت الغريبة

السير

المعالجة

المشاهدة كثيرا كثيرة تحرك مقله من والداعى واستمرار اضطرابها ولا يمكن
تسكينها بشئ * وقد اوصى بالمعالجة الكثرات في ابتدائها باستعمال الزبيق الحلو
والسليمانى الاكال والشوكران والمنقطات والخزام والمقصى والعلق والفصل العام
والاحمال المختلفة الطبيعة والكهربانية وغير ذلك وكل هذه غير كافية لشغائها
والتكفل بذلك انما هو العملية الجراحية المزيلة للمانع من نفوذ الضوء في الحدقة
ثم ان هنالك احوالا تدل على نجاح العملية واحوالا توجب الشك في نجاحها
واحوالا تمنعها فالاولى سلامة المقلة وتحرك القرنية من الضوء وتميز الضوء
من الظلمة وعدم الحس باللم في الرأس وفي قرار الجحاج والثانية كون الابضان
او الملتصم محل التهاب دائم وكون الحدقة دائما منبسطة وقليلة الحركة والثالثة
عدم تحرك القرنية بالكلية مع الالم في قرار الجحاج او الجانب المحاذى للجمجمة
وهزال المقلة وابتداء استسقاءها ووجود احتقان ردي في اغشيتها ولا ينبغي
الشروع في عملية القرح ولو في عين واحدة الا اذا فقد الابصار لانه اذا كان الجحاج
مشكوكا فيه لا يحسن ان يخاطر بعملية لا تنفع بل قد تضر * هذا ومن المهم
ان يزال قبل العملية التهاب المزمن الذى يكون في المقلة او الاجفان وان
يقاوم داء الخنازير والاسكريت والافرنجى اذا وجد واحدا منها وان يهيا المريض
للعملية بالاستحمامات والمشروبات اللطيفة والاستغراق الدموى والمسهلات
اللطيفة ان احتيج اليها وان يحترز عن العملية وقت استيلاء رمد او نوازل استيلاء
وبابا كما اوصى بذلك المعلم ديوترن واجود الفصول لعملية القرح الربيع
والخريف وضرورة وضع المنقط قبل العملية يومين او ثلاثة اكبر من نفعه واذا راي
الجراح ان وضع الجواذب مناسب فينبغي ان لا يفعله الا وقت شدة فعله وزوال
التنبه الجديد الذى ينشأ في ابتداء وضعها وان كانت الحدقة ضيقة منقبضة
فينبغي ان يقطر عليها قبل العملية ببعض ساعات قطرتان او ثلاث من خلاصة
البيلادوناى ست الحسن * واعلم انه قد ظن من مدة طويلة ان اتحاد المجلس في
عملية الكثرات في العينين لازم وقال المعلمان اسكاريا وديمور وبعض جراحين
اذا عملت عملية القرح في احدى العينين وانتظرت في الاخرى حتى تزول

ما يهيا للعملية

لا يلزم اتحاد مجلس عملية
القرح في العينين

العوارض التي حصلت الاولى كان اولى لان فيه اضعافا للتهيج في كل عين
 وزيادة قوائد المريض وارتضى ذلك المعلم دويترن ايضا وزيادة القوائد المذكورة
 هي ان المصاب بالـ كتر اتا في العينين اذا علمت له عملية القدح في احدهما وهي
 التي تكون محجوبة عن اتمام وظائفها قبل ان تصير البللورية في الثانية معتمدة
 لا يفقد المريض الابصار الكلية في زمن ما واذا كانت الكتر اتا خلقية
 انتظر بلوغ الطفل ثمان سنين او عشر اثم تعمل العملية لان هذا وقت ادراكه
 الاحتياج الى البصر وكثرة الاهتمام به وليكون ساكنا قبل العملية وبعدها فان
 افراط الصراخ والاضطراب والانزعاج يمنع نجاحها بلا شك وبعض الجراحين
 يرى ان عملها اوائل سن الطفولية اولى لما يترتب على ذلك من ترويض البصر على
 المراتب مدة التربية ولانه ربما يحدث مع الكتر اتا بعض انواع من الالتصاق
 لو تأخرت العملية * وينبغي في هيئة وضع المريض ان يكون جالسا على كرسي
 قليل الارتفاع جاء علارأسه على صدر مساعد يقبض باحدى يديه ذقنه ويضع
 الثانية على جبهته ليرفع بسببها والوسطى الجفن العلوى وان تعصب العين
 الثانية بعصابة منحرفة تمنع عن الابصار فتقف عن التحرك حتى لا يصل ذلك
 التحرك منها الى الاخرى بواسطة السيمبالتيا وان يكون الضوء الداخل من نحو
 الكوة صافيا غير شديد واقعا على العين التي تكون فيها العملية بانحراف واختار
 كل من المعلم بيت ودويترن ان يكون المريض مستلقيا على ظهره مرتفع الرأس
 قليلا لما في ذلك من عدم تغير الوضع بعد العملية * واما الجراح فيجلس امام
 المريض على كرسي اعلى من كرسي المريض وبعضهم يختار ان يكون الجراح
 واقفا لكن ينبغي في هذه الحالة ان يحرص على عدم تحريك يده لانها حينئذ ليست
 معتمدة على شيء وينكس الجفن الاسفل بالسبابة والوسطى من يده اليسرى ان
 كانت العملية في المقلة اليمنى ومن يده اليمنى ان كانت العملية في المقلة اليسرى
 وحينئذ فلا يحتاج للالات الجراحية المعدة لتثبيت المقلة ثم يمسك الالة باليد
 الاخرى على ما يأتي فان خاف من اضطرابها عند العمل اسند رأس مرفقها
 على ركبته بعد رفعها على كرسي يضع عليه قدمه ويسند الخنصر والبصر من

هيئة وضع المريض

وضع الجراح

قواعد العملية

الاولى قاعدة الاستئصال

اليد التي فيها الالة على صدغ المريض فيكون هو نقطة ارتكاز لها * ثم له في العملية ثلاث قواعد الاولى قاعدة الاستئصال والثانية قاعدة التنكيس والثالثة القاعدة المسماة بالكبر أو ينكس اعني بط القرنية * قاعدة الاستئصال هي آخر الثلاث اختراعا والمخترع لها داييل ثم اتقنها كلافاي ووينزل وغيرهما وارتضاها الجميع واهي آلات مخصوصة ينبغي الاستحضار عليها هي شراطوطمو وهو سكين هرمي الشكل له حذ منخرف مستقيم قاطع بجميع طوله واخر مستقيم معظمه غير قاطع وينبغي ان يكون المجهز من ذلك ثنتان لئلا تنكسر الواحدة فلا يتمكن من اتمام العملية ويشطوطمو وهو يشبه الفاريطوطمو الا ان في نصله قليل انحناء وله نصاب وملعقة صغيرة وجفت رفيع جدا ينتهي كل من شعبتيه بكلا ب من دوج والسكين المثانة للمعلم ريشير التي طول نصلها اثني عشر خطيا وعرضها من جهة القاعدة ثمانية خطوط مختارة عن سكين وينزل المشابه لنصل المبص وكيفية مسك السكين ان توضع بين الاصابع كقلم الكتابة ويكون حدها القاطع مما يلي الاسفل ثم تدخل تحت القرنية الشفافة من الامام بعيدا عن محل اتحادهامع الصلبة بنصف خط فقط في وسط المسافة التي بين الطرفين الوحشي للقطر العرضي للمقلة والطرف العلوي لقطرها الطولي وحركات العملية ثلاث الاولى شق القرنية الشفافة وذلك بان يتقدم سن الالة في سطح القرنية باتجاه عامودي اي لا مائلا للخلف حتى تنقطع انقزحية ولا الى الامام حتى يكون قطع القرنية مستقيما مقوسا وعند بلوغ سن الالة للجزاة المقدمة يميل بسرعة نصابها قليلا الى جهة الخلف ويرتق نصلها بانحراف الى الامام فيما بين القرنية والقرنية حتى يصل طرف ذلك السن الى النقطة المقابلة لنقطة دخوله فيميل حينئذ نصاب الالة الى الخلف اكثر من الامالة السابقة وينقبب القرنية من تلك النقطة باتجاه عامودي على سطح تقعرها مداوما على دفع الالة بهذا الاتجاه حتى تنفصل القرنية من الاسفل فتكون على هيئة هذب هذا هو زمن شق القرنية وينبغي فيه ان لا تغذ الالة في المقلة الا من بعد سكونها بالكلية وان لا يميل حذ النصل الى الامام لان ذلك مما يبصر الهدب قصيرا ولا الى الخلف لئلا تصاب الصلبة ويكون دخال

حركات العملية ثلاث
الاولى شق القرنية

النصل سر يعا لثلاث تستغرغ الرطوبة المائية واذا ذهبت المقلعة في وقت تنفيذ الالة الى الانسية واختفت خلف الموق الاكبر فعلى الجراح ان يصبر برهة ويطلب من المريض ان ينظر الى الجهة الوحشية لتعود المقلعة واذا تقدمت القرصية نحو الحد المقاطع من الاشرطوطموازيغت عنه بالدلك على العين قليلا وبالجملة فعليه ان يجتهد في ان يكون نصل الالة دائما ماليا باستحكام لسق القرنية مانعا لخروج الرطوبة المائية فان ذلك هو اهم ما ينبغي التحسك به في هذا الجزء من العملية الذي هو اصعب اجزاها فان كانت العملية في العينين معا فبعد شق قرنية الاولى تكشف الثانية وتستأصل الكترتا قبل ان يرجع لتتيم العملية الاولى في العين التي تغطي حال العملية بعصابة * الثانية شق محفظة البلورية ويكون اما ببرة دافيل او برة ديوترن او شيطوطمويويه وذلك بان تمسك بقلم الكتابة بالاصابع الثلاثة ويجعل محديها نحو هذب القرنية ويرفع به قليلا ثم يوجه سنهاسر يعا الى محفظة البلورية وتنفذ اليها من الحد قد وتقطع به تلك المحفظة بالعرض مع غاية الاحتراس ثم تخرج الالة ومحديها الى الامام خوفا من اصابة القرصية * الثالثة اخراج البلورية فيبعد شق المحفظة المذكورة بترك الحفن الاعلى سائبا ثم يضغط عليه بلطف من الجهة العليا للمقلعة فتميل حافة البلورية العليا الى الخلف وحافتها السفلى الى الامام والاسفل فتخرج من محفظتها وتصل الى فتحة القرصية التي هي الحدقة لتخرج منها وليكن الضغط متجه من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل ليعين على خروج البلورية مع حفظ الجسم الزجاجي وهذه الكيفية يظهر انها اولى من الكيفية التي بها يرفع الجزء السفلي من العين بالسبابة فيتسبب ذهاب الحافة السفلى للبلورية نحو الحدقة (فان عسر خروج البلورية من الحدقة بسبب انقباض القرصية فالتحليل على انبساطها باظلام المكان او بان يقطرين الاجفان بعض قطرات من خلاصة اليبلا دونافان من خواصها تمديد الحدقة * وان بقي من البلورية اللينة خلف الحدقة فتات اشهب استوصل بالمعلقة الصغيرة للمعلم دافيل او بالحقن بالماء القاتر بواسطة محفنة صغيرة ينتهي طرفها شاشة او مصفاة * وان كانت اهداب محفظة البلورية متموجة وملتصقة

الحركة الثانية شق
محفظة البلورية

الحركة الثالثة
اخراج البلورية

ما ينبغي عمله اذا انقبضت
القرصية

استئصال قنوات البلورية

استئصال اهداب
البلورية

استوصلت بالحق الكلابي المنسوب للمعلم موفوار ومن اللازم ايضا ان يستأصل بهذه الطريقة البلورية المتعظمة او المضبوطة بواسطة التصاقها في قرار المقله واذا كانت البلورية غائبة في الجسم الزجاجي او زائفة عن سميت البصر تركت * واذا تهيأت بعض اجزاء الجسم الزجاجي للخروج بتقدمها الى الامام ينبغي ان يجتهد في منع ذلك بترك الضغط على العين وتغطيتها وتسكين المريض فهذه هي الطرق التي يتسلك فيها في الطوارق المهمة التي قد تصاحب العملية واما قاعدة التنكيس فكانت اولا ببرة مستقيمة مبرومة فلما ظهر المعلم اسكاريا اخفى شهرتها واصطنع ابرة حادة جدا منحنية ملسا من جانبها المحذوب وذات عرف مستطيل قاطع من الجانب المقعرو هي مركبة على نصاب مربع له سطحان يشاهد في احدهما نكتة سودا تلي محذب السن والمعلم اى ارل اخترع ابرة منحنية مثل الاولى غير ان ظهرها محذب وجانبها المقعر فيد قناة خشنة خشونة لها صالحة لان تتعلق بالبلورية * وبرة المعلم دبويترون مسطحة الوجهين وقاطعة من الجانبين وساقها على باستحكام الجرح الذي يحصل من سنها * وبرة المعلم ابريتون مبرومة منحنية رفيعة جدا متينة جدا تنفذ في المقله بادي كبس وهذه الالات وان كانت كلها نافعة في الايدى الممارسة للعمليات الا ان ابرة دبويترون بحسب ما يظهر لي هي التي تستحق ان تفضل على بقية الابر بسبب زيادة السهولة التي بها تتم الحركة في البلورية وغشائها على اى نوع مشهور ومتبع * وكيفية عملية التنكيس ان يوضع المريض ويثبت رأسه على ما ذكر ثم يؤمر بالنظر قليلا الى جهة الانف بعد ان يكون الجراح مسلكا لابره كقلم الكتابة بين الابهام والسبابة والوسطى ووضع سنها على الصلبة خلف اتحادها بالقرنية الشغافة بمسافة خط ونصف او خطين اسفل القطر المستعرض للمحرفة بقليل وينبغي ان يكون محذب الالة من الامام ونصابها مائلا الى الخلف لاجل انها تنفذ بغاية السهولة فاذا نظر المريض الى جهة الانف نفذ الجراح سن الابر في الخدقة متجه اياه على موازاة سطح القرنية حتى يظهر له منها خلف الخدقة فينشد بحركة مقعرها على الحافة العليا لسطح البلورية المقدم

منع خروج الجسم الزجاجي

الثانية قاعدة التنكيس

ابرة دبويترون

ابرة ابريتون

كيفية العملية

ويقالها الى الخلف ككاسا عليها الى الاسفل والخلف للجسم الزجاجي
 ووحشي المقلدة ومن حيث ان مركز هذه الحركة من ساق الابرّة في الجزء النافذ في
 الصلبة يستدعي ان يحرك نصاب لالة على التعاقب فيمال من الامام الى الاعلى
 ثم الى الانسية وتترك البلورية منكسة بعض برهات لتثبت جيدا في موضعها
 الجديد ثم تستخلص الابرّة من البلورية يجذبها الى الخارج بحركات مخالفة للحركات
 التي ادخلت بها * وينبغي ان يجتهد في تنكيس محفظة البلورية حال تنكيس نفس
 البلورية او تمزيقها بالكلية بحيث لا يتسبب عنها فيما بعد ما يمنع الابصار فان
 شوه حال تنكيس البلورية ان الحدقة لم تعد الى صفاتها الاصلية وغيت
 الاهداب في الجسم الزجاجي او اخرجت من الحدقة وغيت في الخزانة المقدمة
 * واذا كانت الكرات البنية وانصب السيل المكون لها في الرطوبة المائية
 ينبغي ان تمزق سريعا محفظة البلورية تمزيقا كلياً ولكن من الصواب ان لا تحرك
 الابرّة حركة تماحال انصباب المادة اللبينة لان الجراح لا يمكنه حينئذ مشاهدة
 سنّها في المقلدة بل ينبغي اخراجها حالا * ومن الضروري في الطوارق التي تكون
 فيها محفظة البلورية ملتصقة بالقزحية فصل هذين الغشائين عن بعضهما
 قبل جذب البلورية عن محل الابصار والكرات التابعة وهي التي تكون من
 ظلمة غشاء البلورية تستدعي العملية كأنها اولية * ووقوف البلورية في الخزانة
 المقدمة في بعض الاشخاص ليس بعارض ثقيل لانه قد شوهد زوال هذا الجسم
 واذابته غير انه اذا سبب تيج الزم حينئذ ما شق القرنية لتستخرج او ادخال الابرّة
 كما فعل ديويترون وذلك بان تدخل في المقلدة كما في قاعدة التنكيس وتدفع بها
 البلورية من الحدقة حتى تسكن في الخزانة الخلفية اسفل الجسم الزجاجي والثالثة
 قاعدة كيراتونيكسس ومعنى هذه الكلمة بط وهي عملية تنكس فيها البلورية
 بواسطة ابرة تدخل في المقلدة تكن من نقطة معينة من القرنية ويظهر ان هذه
 العملية اخترعت في القرن السابع عشر من الميلاد واول من فعلها كمال
 انجليزى ولم يقل بانها قاعدة جمومية غير الجراحين النحساوين ويكفي لها الابرّة
 المعتادة ومن المهم ان يحرص على بسط الحدقة ما يمكن بتقطير بعض قطرات من

تمزيق المحفظة او تنكيسها
 مع ابلورية

ما يعمل فيما اذا
 كانت الكرات البنية

ما يعمل اذا كانت
 المحفظة ملتصقة
 بالقزحية
 يقوف البلورية في
 الخزانة المقدمة

طريقة العملية

البيلا دوناً ويوضع المريض مثبتاً رأسه كما ذكر آنفاً ويؤم بالنظر لآعلى الخط
 الأفقي بقليل ويمسك الجراح حينئذ الابرة باليد اليمنى في كل من العينين بقلم الكتابة
 ويجعل تقعرها فيما يلي جهة الأعلى ويقدم سنها إلى القرنية باتجاه عامودي
 على سطحها حذاء الحافة السفلى من الحدقة عند تقوذها في الخزانة المقدمة للمقلة
 يأتي بها من أعلى منحرفة حتى تصل للبلورية فهناك يدير تقعرها إلى الأسفل
 وحينئذ فهو بالخيار بين أن ينكسها أسفل المحور البصري أو يفتتها بحيث أن
 فتاتها ينشئت في الرطوبة المائية ويمتص فيزول بعد حين * وأما الحكم على هذه
 القواعد فالتأمل الكلي في المنافع والمضار المصاحبين لها يوضح أن التنكيس
 أكثرها نجاحاً ولا ينبغي عمل الكيراتو نيكسس إلا عند الجرح عن استعمال
 بقية القواعد وينبغي للشبان من الجراحين أن يمارسوا جميع القواعد على حد
 سواء يمكنهم استعمال كل منها في العوارض التي تستدعي أحدها دون البقية
 ويتحقق رجوع الإبصار المريض بعد الفراغ من العملية بأن يعرض عليه جسم
 صغير الحجم متوسط الاستدارة لكن الأجود أن لا تفعل هذه التجربة إلا بعد ثلاثة
 أيام أو أربعة وينبغي أن يتأمل في العين التي حصلت فيها العملية قبل طبق اجفانها
 وتغطيها على ما سيذكر وينظر هل حصل في القرنية فتق من حواف الجرح أم لا
 فإن كان حصل ذلك اجتهد حالاً في رد الغشاء إلى وضعه الطبيعي إما بتنبية انقباضه
 بواسطة بعض ذلك على الجفن العلوي أو بدفعه في باطن المقلة بالملعقة الصغيرة
 واجتهد أيضاً حال انطباق الجفن السفلي في أن لا ينحاش في أسفل هدب القرنية
 وكلما كان الشق أوسع أو أقل انحراف كان الخوف من ذلك أعظم فلذلك ينبغي
 أن يضغط على هذا الجفن برفق ثم تجذب حافته السائبة إلى الامام بلطف ثم تترك
 لتصعد مع الاجتهاد في أنها تغطي شق القرنية بالكلية من غير أن تنفذ بين حواف
 الشق * ثم إن معالجة شق القرنية بكون بتغطية المقلة بتفتيك رفيع
 ناشف أو مدهون بمرهم زحلي أو مرهم جالينوس وبالرباط الأعوري أو برقادة
 محفوظة بلفافة مشدودة قليلاً وهو الأجود ثم يوضع المريض على سرير في محل
 قليل الضوء ورأسه وصدره مرتفعان ويلازم الراحة الكلية بقدر عشرة أيام

حكومة على هذه القواعد
 الثلاث

المعالجة التابعة لعملية
 القرح بالاستئصال

وان حدث للمريض سعال اجتهد في تسكينه ما امكن لان الاهتزاز منه يصل الى الرأس فربما سبب خروج الجسم الزاجي ويغير الجهاز كل صباح وتغسل حوافي الاجفان باحتراس ولطف وتجذب برفق الى اسفل الجفن السفلي لئلا ينقلب الى الباطن ويؤمر بالحمية في الايام الاول من العملية ثم بالاطعمة القليلة التغذية السهلة الهضم وبالمشروبات اللطيفة وبمسهل خفيف وفي اليوم الرابع لا قبله يسمح له بالقيام بعض دقائق وفي اليوم الخامس يتروك الفراش مقدارا من النهار وحينئذ فيمكن التأمل في المقلة لان الحمام القريبة حينئذ يكون قد تقدم في الشفاء تقدما جيدا ولا نهالج العين بعد مضي هذه الايام وينبغي ان يدخل الضوء في مسكن المريض شيئا فشيئا لكن عليه ان يستمر زمنا طويلا محترسا من الضوء الشديد وينبغي ايضا ان لا يعمن النظر في المرئيات ويصون عينيده بوضع خرقة خضراء عليها ولفاب انه يحتاج لاستعمال العيون الحديثة تصلح الضعف الحاصل من عدم وجود البلورية ولا يحتاج للتنبيه على انه ينبغي المبادرة بازالة اعراض الرمد اذا حدث اول الامر فان ذلك من المعلوم * واما معالجة عملية التنكيس فبان يخفض الجفن بعد العملية حالا الى اسفل ولا يسمح للمريض بمشاهدة مرقى ابداء وتغطي العين بلفاف قليلة الشد وبوضع على فراشه جالسا ما تلا الى الخلف قليلا او جالسا على كرسي ويكون في محل قليل الضوء ولازم الراحة السكينة بعض ايام ولا ينبغي ان تكشف العين على رأى اسكاريا الا قرب اليوم الثالث والمعلم يبررى ان تكون العين في ذلك الوقت مستورة بخرقة خضراء وتستمر كذلك زمنا طويلا وبعض الجراحين يأمر بعد العملية في يومها بمسهل لطيف وهو سلفات المينيزيا وانا حدث عقب العملية في شقيقة او عوارض اخر عصبية عولجت بسهولة على رأى اسكاريا بمحنة مصنوعة من ثمان اواق من مغلى البابونج وقمحتين من الافيون * واعلم ان الاشخاص الذين ولدوا بالكتراتا وحصلت فيهم زمن الطفولية وعلمت لهم العملية فيما بعد ينبغي ان يدربوا على رؤية المرئيات ولكون ذلك بمعالجة تابعة يحتاج اليها زيادة عن المعالجة العمومية لانهم كانوا قادين انطباع المرئيات

المعالجة التابعة لعملية
الفرج بالتنكيس

تدريب من ولد بالكتراتا
وعلمت له العملية على
رؤية المرئيات

في البصر ثم طرأ عليهم فيحتاجون للتدرب عليه وقد ذكر المعلمان شيزيلدن وفورلانس في بعض مشاهداتهما ان من الذين علمت لهم العملية اشخاصا كانوا تعودوا على ان يدركوا الاجسام باللمس فلما ابصروا تلك الاجسام اول مرة نظروها امام اعينهم بدون ان يعرفوا انها لونا ولا شكلا ولا بعدا والذي يبعدهم عن خطائهم فيها شيئا فشيئا هو حاسة اللمس والاصل في مهارة الجراح في معالجة ذلك انه يوفق بقطانة فلسفية بين ممارسة البصر وممارسة اللمس توفيقا تدريجيا فبذلك ترفع الحاسة الممارسة خطأ الحاسة الحادثة الذي قد يقع فيه الشخص المفعول فيه عملية القرح

السابعة عشر العشا وهو الابصار نهارا

والعشا مرض يمنع العين عن الابصار ليلا ولا تبصر الا حال ارتفاع الشمس على الافق * واصباب هذا المرض خفية الا انه قد شوهد ان هذا المرض يستولي استيلاء وبائيا والاشخاص الذين اصابوا به كانوا معرضين ليلا لتأثير هواء بارد رطب فهذا مما يدل على ان ذلك سبب له تأثير عظيم في احداث العشا * وقد يسبق ظهور هذا المرض الصداع والاضطراب والالام وهذه تعود في كل مساء وكثيرا ما يكون هذا المرض في ابتداءه خفيا ولا يشتد غاية الاشتداد الا بعد سبعة ايام او ثمانية وقد يكون شديدا من ابتداءه والمريض يتجنب من كونه يرى نفسه دفعة في الظلمة حال غروب الشمس والداء المذكور يختلف بحسب كونه كاملا وغير كامل ففي الحالة الاولى يعدم الابصار بالكلية ليلا حتى انه لا يرى ضوء الكواكب وضوء الاجسام الموقدة وفي الحالة الثانية يبصر بعض الاجسام اللامعة لكن لا يحقق بقيتها وعلى كل من الحالتين فالمرضى يبصرون نهارا ولا يبصرون ليلا مادام هذا الداء مستمر او لا يشاهد في العين تغيرا صلا اذا توهم فيها باتسباه كلى سواء كان في حالة قتامة الاغشية المقلية او شفافية رطوباتها غير انه في بعض الاحيان قد تشاهد تغيرات خفية في سعة القرنية وكذا في سرعة تحريكها * ومدة العشا في الغالب بعض اسابيع وقد يزول في بعض ايام بواسطة معالجة معقولة وتندر

اسبابه

اعراضه

مدته

معالجته

مجاورتها ثلاثة اشهر او اربعة وهذا الداء يعود لبعض الاشخاص في كل سنة في ازمته معينة كالربيع والخريف * ومعالجة العشاء تكون باستعمال بعض وسائط ثبت نجاحها بالتجربة كوضع منقطة على تقرة القفا وقرب الزاوية الوحشية للعين او خزم العنق من الخلف واقتوى الوسائط فعلا في الاكثر هو القصد العام والموضعي ولا بأس باعطاء بعض المسهلات اللطيفة وينبغي ان تعاون نتائج بقية الوسائط بالتدبير اللطيف والاستحمامات

الثامنة عشر الجهر وهو الابصار ليلا

الجهر مرض تبصر معه المريبات بسهولة عند ضعف الضوء وفي الظلمة ويقل ابصارها او يعدم بالكلية في الضوء الشديد او في النهار وهذه الحالة طبيعية لا مرضية في بعض الحيوانات كالهررة والطيور الليلية وهذا الداء دائما يصيب العينين معا اذا كان عضويا * واسبابه خفية جدا لكن يظهر ان التم والسهر والمطالعة وشرب السائلات الروحية قد تسبب عنها حدوثه * وان اعراضه عدم تحمل المريض ضوء النهار ولو ضعيفا ومتى اخذت الشمس في الميل الى الغروب ابصر شيئا فشيئا ثم يعود له عدم الابصار عند بزوغها ومدة هذا الداء غير محدودة وانتهأؤه في اغلب الاحوال جيد فيحصل الشفاء منه * ومعالجته خفية ايضا فاذا كان هناك دلائل علاجية تتخذ من الاسباب المعروفة او من المرض تمت واذا كان مع المريض وفور دم في المخ ينفعه وضع العلق خلف الاذن وعلى الصدغين وفي احوال اخر غير هذه تستعمل المنقطات او الخزام او المقصى على تقرة القفا واحيانا يستعمل بنجاح الافيون والاستحمامات ومضادات التشنج

الاسباب
الاعراض

المعالجة

الثاسعة عشر ديلوبيا وهو ارجاس البصر

الديلوبيا اضطراب في البصر يصدر عنه ابصار الشئ المرأى شيئين متميزين بحيث يرى ان كل مرئي يشاهد كأنه من دوج واسبابه العضوية خفية جدا

وكثيرا ما شوهد في الاشخاص العصبيين السوداوين الذين كابدوا هموما شاقة
وفي الاشخاص الذين تأثرت اعينهم من مؤثرات شديدة نيرة وكذا في النساء الحوامل
وكثيرا ما تكون الديبلوسيا عرضا للحول والكثير ان يكون هجومها بغتة وكثيرا
ما لا يدرك الشخص في ابتداء المرض خطأ حاسته فيظن ان المرئيات مزدوجة
حقيقة كما يراها ولا يمكنه ان يميز الدقيق منها ولا القريب جدا ولا تمكنه القراءة
واذا غمض المريض عينا واحدة زالت الديبلوسيا وصار البصر سليما لكن هذا
ليس مطردا فان ذلك قد يستمر وان كان فاقح العين واحدة ويندر ان تطول مدة
هذا المرض والغالب ان يزول في مدة شهر وقد ينتهي بكمية غير قابلة للشفاء
وتشخيص الديبلوسيا لا يكون دائما سهلا وكثيرا ما يكون معها حول ابتداء في
فينبغي ان يجتهد في البحث عن اتجاه العينين حال حركاتهما المختلفة ليتحقق هل
ازدواج الابصار عضوي او عرضي * وقد استعمل بنجاح في الطوارق المشاهدة
الى عصرنا هذا ووضعت المنقطات على تقرة القفا والمهاجم انتشار بطيئة
والوضعيات العظمية على الاعين والمشروبات المضادة للتشنج والمصرفات
في القناة المعوية

المعالجة

العشرون الاميوسيا

لاميوسيا آفة في جهاز البصر لا يشاهد الشخص المصاب بها من المرئيات الاجزاء
العلوى او السفلى او الجانبي او المركزي وهذا الداء يكون نتيجة لسيل جر من الشبكية
او قد حسها في حالة واحيانا تكون نتيجة هذا الغشاء تشبه هذه الحالة لكن تكون
مربعة الزوال لانها تكون صادرة من فعل سيميائي اوجبه تيج احد الاحشاء
البطنية واذا كان نتيجة ظلمة نقطة من القرنية او من محفظة البلورية فلا يطلق
عليه اسم الاميوسيا لان الشخص حينئذ يشاهد المرئيات على حقيقتها سواء نظرها
من بعد او من قرب وينبغي ليشال الشفاء النادر في هذا الداء ان يجتهد في معرفة
صدوره من اي حالة مرضية من الاحوال السابقة فتعالج تلك الحالة لانه في حد
ذاته لا يستدعي معالجة مخصوصة

الحادية والعشرون الخيالات

الخيالات ان يرى الانسان اجساما مختلفة ساجحة في الهواء او شررا اوضوا
كبرق او يرى صور المرئيات متغيرة عن حالتها الطبيعية او يشاهد الشيء الواحد
متعددا ويصدر هذا الداء من تهيج في المخ او اضطراب فيه او من آفة مخصوصة
في العين ومعالجته تكون بازالة السبب المحدث او الحافظ له

الثانية والعشرون الكمنة وتسمى القطرة الصافية

الكمنة داء ينشأ عنه تناقص الابصار او فقده بالكلية مع عدم تغير واضح
في البنية الالية للمقلة ولذلك سمو هذا المرض بالقطرة الصافية وبالكثرانا السوداء
وزعم بعض الفيسولوجين ان مجلسها المشيمية لكونهم كانوا يعتقدون انها
المنوطة بتأثير الضوء فيها الكمن في يومنا هذا ثبت ان الضوء يؤثر في العصب
البصري والشبكية وهذا الداء قد يكون مقصورا على عين واحدة وقد يهداها
الى الثانية * واسبابه كثيرة فمنها ما يؤثر تائرا واصلا في العين كالتعرض
للضوء الشديد والتعود على التحديق في المرئيات الدقيقة والمطالعة الطويلة
وتأثير الاشعة الرديئة ومرض المقلة واستعمال الوضعيات المخدرة ومنها ما يؤثر
تأثيرا بعيدا كاحتباس استقراغ اعتيادي والسكر المتكرر والافراط من الجماع
والانفعالات النفسانية الشديدة والجل وغير ذلك وقد تكون الكمنة عرض
داء يداني او استيريا او ارتباك معدى او داء افرنجي او نتيجة آفة في البنية الالية
او غير ذلك * واما اعراضها فقد البصر فيها تارة يكون تدريجيا وتارة يكون
دفعا وفي بعض الطوارق يرتقي الى درجة يفقد فيها المريض تمييز الضوء عن الظلمة
وفي بعضها يرى كأن ضبابا يحول بينه وبين المرئيات فتسمى حينئذ بالكمنة
الكاملة وقد يصحب فقد البصر الماصم في قرار الجحاج وهناك اعراض اخر
لا يدركها الا اهل الفن فان الحدقة فيها تكون كبيرة ذات لون اسود جميل
والقرحية في الغالب لا تتحرك من نعود الضوء في المقلة ولو كان شديدا والحدقة
تبقى حافظة لشكلها الخلق وفي بعض الطوارق تصبح مثلثة او بيضية الشكل

الاسباب

الاعراض

وقد تفقد لونها الاسود وتكتسب اتسا جاشيكيا رماديا لكن يوجد حينئذ تغير
 في بنية الشبكية فيشاهد في سحنة المريض هيئة توهم فقد البصر قبل تحققه
 وتلك الهيئة كعدم الاتباه والزوغان واما بقية الوظائف فلا يشاهد فيها
 تشوش اختلا * وسير الكمنة في الغالب مستمر واحيا يابعد في ازمدة منتظمة
 او غير منتظمة فيعود في كل سنة مرة او في كل شهر واذا حصل في بعض الطوارق
 حتى متقطعة حصل في الكمنة في كل نوبة ازمان الامراض الثلاث التي هي
 الابتداء والتزايد والانحطاط ويندر قصر مدتها وكثيرا ما تنتهي بالموت وتشخيصها
 سهل الا اذا غش المريض الطيب غير ان هذا الغش قد تسهل معرفته * وانذار
 الكمنة ثقيل جدا سيما اذا كانت في العينين او كانت كاملة وينبغي مقاومتها
 بقوة عظيمة حال ابتداء ظهور اعراضها اذا كانت عتيقة ودائمة واثقلها ما كان
 نتيجة آفة في البنية الآلية لعصب البصر او المنخ * ومعالجتها المعقولة تكون اولا
 بازالة الاسباب المحدثه لها فتستعمل سولفات الكينكينا اذا حصلت من حمى
 متقطعة ويستعمل الزبق اذا حصلت من داء افرنجي ويستعمل الفصد العام
 والموضعي اذا حصلت من تهيج ومدحوا في ذلك فصد الوريد الصدغي واورد احي
 فاذا لم يمكن ذلك فصد وريد القدم واذا حصل احتباس سيلان بواسيري
 يوضع العلق على الشرج واذا كان طمشيا يوضع على الفرج وفي غير هذه الاحوال
 يوضع على الصدغ او الجفن السفلي للعين المريضة وفي باطن العين ايضا واذا كان
 سببها ارتداع قويا اعيدت الى مجلسها الاول بعمل منقطة فيه واذا كان سببها
 الاقليم ابعد الشخص عنه واذا كان الصنعة تركت فاذا استمرت الكمنة مع كل
 ذلك قووم شلل الشبكية باستعمال المصرفات العمومية والموضعية في الجلد
 كالخزام والمقصي والمنقطة على تقرة القفا والمحاجم خلف الاذنين واستعملت
 المصرفات ايضا في القناة المعوية بالمسهلات المناسبة وقد استعملوا في الادوار
 الاول للكمنة البرودات المنبهة كماء الانيسون والشمار موضوعا عليه قطرة من
 روح النوشادر وكذا الاتهايل التي من مغلي النباتات العطرية ككتاني الابخر
 المتصاعدة من القهوة حال غليانها او من السكر حال وضعه على النار ومن الممر

السيرة

الإنذار

المعالجة

او الكافور او نحو ذلك ووصول البخار المذكور للعين يكون بواسطة قمع يحصل
واسعه جهة العين وكذا السعوطان المعطية كالنشوق لغير المعتادين عليه
وعصارة السلق وينبغي ايضا عدم اهمال الجواهر المنبهة للعلاب كعود القرح
ونحوه لانهما يمسيت تفعا واضحا لا يحصل من غيرها وكثيرا ما تستعصى
الكهنة على جميع وسائط الصناعة ومتى حصلت للشخص من قصار بعد ذلك
مستعد العودها ثانيا بالنوبة او بالنكسة فينبغي الاجتهاد في منع حصولها
بالمداومة على استعمال الوسائط التي تنجح استعمالها فيها واذا قطع رجاء الشفاء
من عين كان على الطبيب ان يوجه اجتهاده للعين الثانية لتحفظ من هذه النهاية
الردية واجود الوسائط لذلك في جميع الطوارق امر المريض بعدم استعمال
العين في الابصار الابغاية اللطف فلا يفرط من المطالعة ونحوها من الاشغال
الشاقة على البصر بل ينبغي له ان لا يستعملها الا في الامر الضروري كالذهاب
والاياب وعليه ان يتجنب التعريض في ذلك ما يمكن

الثالثة والعشرون الحول

الحول سوء حالة في العينين لا يتأني بها اتجاهاهما في آن واحد نحو مرق واحد
* واسبابه كثيرة الرئيس منها عدم المساوات في قوة العضلات المحركة للمقلة
او اختلاف القوة الباصرة في العينين والاول من هذين السببين متى بلغ درجة
من درجاته سبب الحول وثانيهما لا يسببه الا اذا ارتقى لاعلى درجة لان المقلة
الضعيفة حينئذ تقف عن توصيل المرق لغايته بخلاف ما اذا كان متوسطا فان
المريض يبصر بعين واحدة اكثر من العينين وحينئذ فالمقلة الاقل قوة تزوغ ومن
المظنون ان هنالك بعض احوال تحدثه فكثيرا ما يصدر عقب التشنجات
العمومية وكثيرا ما ينسب لرداءة اتجاه الضوء الى احدي عيني الاطفال في المهد
وقد يكون نتيجة التعود على الابصار بنحو ارادى كما تفعله الصبيان على سبيل
المزاح وفي بعض الطوارق يكون عرضا لداء في المخ او لمرض في الجحاج * واعراض
الحول ظاهرة فان المقلتين فيه يدل ان يتجهما نحو نقطة واحدة تتجه كل واحدة

الاسباب

الاعراض

منهما الى نقطة فاقواهما تكون نحو المرق المشاهد من الشخص واضعفهما
 نحو مرقى آخر كثير البعد او قليلا والاكثر ان يكون الزئج للجهة الانسية وقد يكون
 للجهة الوحشية ويندركونه من اعلى او من اسفل ومنى كان الحول ابتداءيا
 وقليلا كان رؤية المبصر مزدوجا اول اعراضه ولكن هذه تزول متى كان الزئج
 اعظم وانما يبقى تناقص في امتداد البصر وصفاته ومعظم المرضى لا تبصر الا بالعين
 القوية وبعضهم يستخدم العين الضعيفة في رؤية المراتب الدقيقة والقريبة جدا
 فيثبت يبصر بخزر تارة يكون باحدهما فقط وتارة بهما على التعاقب
 واذا كان الحول من عدم استواء القوة العضلية فيزيد او ينقص على حسب نظر
 المريض ان كان من اليسار او من اليمين ففي هذه الحالة لو ابصر المريض المرق
 مزدوجا حصل تباعد المراتبين او تقاربهما على حسب زيادة زئج المحورين البصريين
 او تناقصه وعلى اى حالة كان وضع المقلة فالزئج دائما يتحدد بين محوري الابصار في نوع
 من الحول مسمى بالحول الثابت وقد جعلوا من انواع الحول الحول من الانسية
 والحول من الوحشية والسر يع الزوال ونحو ذلك * واكثر الوسائط المستعملة
 لمقاومة الحول قليل النفع ومع ذلك فاستعمالها اقل ضررا من تركها بالكلية
 فانها ربما تنجح في بعض الطوارق والوسائط المذكورة هي اولا وضع فص
 يشبه نصف قشرة الجوز على العين ويجعل فيه ثقب ضيق يكون على
 المحل الذي ينبغي ارجاع الحدقة اليه وثانيا وضع عين على هيئة مرآة امام
 العين فيسبب المشقة المتسببة عنها تدفع العين الزائغة نحو الانسية او الوحشية
 وثالثا تقوية الحول الناشئ من ضعف احدى العينين بتخصيصها بممارسة
 الابصار لا غير واطعاف العين الثانية بالراحة الكلية وبواسطة وضع عدسة مقعرة
 من بلوراما مهابا ورابعا استعمال الادوية المناسبة لمقاومة تشلل العضلات المحركة
 للمقلة او تشنجها اذا ظن ان الحول ناشئ من ذلك

المعالجة

الرابعة والعشرون تشنج المقلة

تشنج المقلة هو عدم انتظام حركاتها الصادر من انقباضات اختلاجية

في العضلات المحركة للمقلة وهذا الداء يكون عضوياً وسمياً أو بآلية بعد مقاومة
الاسباب البعيدة اذا وجدت بالقصد الموضعي وباستعمال مضادات الالتهاب

الخامسة والعشرون الجحوظ

الجحوظ يسمى بروز المقلة أو سقوطها هو خروجها من التجويف الجحاجي وان بقيت
مثبتة في هذا التجويف ببعض متعلقاتها ووجود هذا الداء قليل وقد يصدر من
بروز اورام في الجحاج وقد ينتج من اضطراب شديد في الحالة الاولى بزول الجحوظ
بازالة الورم وفي الحالة الثانية يضطر الى رد المقلة لمحلها وتثبيتها فيه مع مقاومة
التهيج الذي هي مجلس له

السادسة والعشرون الميوميالى قصر البصر

الميوميالى انه مرض والاولى ان يكون تشوشاً لا يمكن معه تمييز المرئيات
البعيدة بل ولا القريبة فيضطر صاحبها لتقريب ما يريد رؤيته الى العين جداً حتى
يمس الانف أو يكون بعيداً عنه بقيراط أو قيراطين سيما عند المطالعة وتصدر من
ردامة مقدار برطوبات المقلة وكثافتها فانه يحصل من ذلك اجتماع الاشعة الضوئية
قبل وصولها الى الشبكية لانه متى فرض ان جسماً او اكثر من الاجسام التي
تجتازها الاشعة الضوئية قبل ان ترسم المرئي في الشبكية كان ذاسعة او كثافة
فلا بد من حصول تشوش في البصر وحينئذ فكما كانت هذه الاجسام اكثر
سعة وكثافة كانت الميوميالى اقوى وقد تكون الميوميالى نتيجة عادة تتخذها الصغار
من تقريبيهم المرئيات عند رؤيتها من اعينهم * وهذه يسهل شفاؤها بتعودهم
على رؤية الاشياء من بعد تدريجاً شيئاً فشيئاً ويؤمرون بالمطالعة من بعد ويمنعون
عنهم من قرب واذ كانت الميوميالى خلقية فالغالب انها تتناقص عند التقدم في
السن لان تحذب البلورية ياخذ في الانحطاط كلما تقدم الانسان في السن وبقيّة
الاحوال لا يوجد لها دواء كاف لاصلاح سوء هذا النظر والكثير ان يقتصر فيها
على المعالجة المسكنة وتكون باسعاف العيون البلورية المقعرة فان من
خواصها تكثير انقراج الاشعة الضوئية الواقعة على القرنية فعلى هذا كلما كانت

المعالجة

الميويساقوية ينبغي ان يكون تفرع البلورات المناسبة لها اكثر

السابعة والعشرون البريزيت اى طول النظر

اما البريزيت فهو داء بعكس الميوسيا فان الاشخاص المصابين به لا يميزون
المرئيات بسهولة الا اذا كانت بعيدة عن العين بعد اتمام ريسمي هذا الداء عند
العامة بالبصر الطويل او بصير الشيوخ لكونه يوجد غالباً في الشيخوخة ويعرف
من الظاهر بتسطح القرنية ويظهر ان كمية الرطوبة المائية فيه ناقصة وان الخزائين
ضيقان لانه ينتج من ذلك ان الاشعة الضوئية لا تكاد انكسار اقوي حال
اجتيازها في رطوبات المقلة فتنتقل الى الشبكية قبل انضمامها اذا كان
ابصار المرئيات من قرب اما اذا بعد المرئي فالاشعة الضوئية الذاهبة منه من
حيث انها تقرب للتوازي لا تحتاج الا لانكسار ضعيف لتعود منضمة في نقطة
واحدة من الشبكية فتسبب ابصارا واضحا كيد او هذا الداء دائما نتيجة لازمة
لاستئصال البلورية او تنكيسها في عملية الكثرات لان انكسار الاشعة الذي كان
يحصل من البلورية يفقد فتقع الاشعة الضوئية على الشبكية قبل انضمامها
ثانيا والتقدم في السن يزيد في هذا الداء يوما فيوما فاذا كان المصاب يطالع
بسهولة من مسافة بعدها قدم بواسطة العدسات المحدبة اى العيون البلورية
التي من ثمره سبعة او ثمانية لا يمكنه بعد عشر سنين ان يطالع من نفس هذه المسافة
الا بعدسات من ثمره اربع او ثلاث والمشهد في الميوسيا عكس ذلك وهذا ان
الآن وان كانا متميزين من بعضهما بواسطة نتائجهما الا انهما اقل تميزا بالنظر
الى ازمة الابصار والنظر ايضا الى الوسائط المستعملة لاصلاح العيب الحاصل
في مقادير رطوبات المقلة سواء كان في العين الواحدة او في الثنتين اذ غاية ما هنالك
ان العدسات البلورية تكون مقعرة في الميوسيا لتصير الاشعة الضوئية منفرجة
ومحدبة في البريزيت لتصير متقاربة وهذه هي الوسائط المأمونة التي يداوى بها
الطب العيني سواء الابصار للعاليتين المذكورتين * وحيث كانت العين اتقن
كل آلات الاوطنة كما عني علم الابصار تقبل التغيير بسرعة اكبر من بقية

العين البلورية ومنفعتهما

الاعضاء كان من اللطف الخفى وكمال العناية ان فى الصناعة ما يمكن به اصلاح عيوب
 هذه الالة حتى يحفظ لنا التمتع الكلى بحاسة بصرنا واستقلالنا وذلك باستعمال
 البلورات المحدية والمقعرة فالمصابون باليريزيت باستعمالهم العيون المحدية
 يقدرون على ابصار المرئيات بدون حاجة الى تبعيد هذه الزيادة عن حد الابصار
 المعتاد والمصابون بالميويا يقدرون باستعمال المقعرة على ابصار الاجسام بدون
 حاجة الى تقريبها جهة العين جدا حتى تسكاد ان تمسها وذلك اتما لجاءنا من علم
 الطبيعيات الذى علمنا انه يلزم لكون الابصار واضحا متميزا ان تكون الحزم
 الضوئية المنبعثة من سطح الجسم المنظور بعد اجتيازها فى رطوبات المقلة واصله
 الى الشبكية متجمعة حتى ترسم فيها صورة النقطة التى انبعثت منها فاذا كانت
 المقلة مكسرة للاشعة بقوة زائدة بحيث يتم تجمعها قبل وصولها الى الشبكية
 كانت الصورة المرسومة فيها غير مصورة لنا تصويرا كاملا ويوجد حينئذ العيب
 المسمى بالميويا فيضطر لتقريب المرئى جدا من العين واما فى الحالة المضادة لهذه
 فتكون الاشعة غير زائغة زوغا فاكافيا حال اجتيازها فى اوساط اجزاء المقلة المكسرة
 للاشعة وتصل الى الشبكية قبل اجتماعها فتكون صورة النقطة المرئية مرسومة
 فى الشبكية المذكورة ارساما غير جيد فيحتاج لاجل ان ترى هذه الصورة متميزة
 ان يبعد المرئى حتى يكون الضوء حال وقوعه عليها اقل انقراجا وينكسر انكسارا
 مناسباً والعيب المذكور هو اليريزيت وهو اكثر ضررا من الاول لان تبعيد الجسم
 المراد ابصاره ينقص عظم صورته وينقص ايضا عدد الاشعة المعينة على تكوينها
 وكل من المصابين باحد هذين الداءين وهم اليريزيتيون والميويون اذا استعمل
 العيون البلورية الموافقة له لا يحتاج لتبويض تبعيد الاجسام بل ينظرها نظرا
 جيدا من البعد الذى ينظرها منه الاشخاص الذين يكون بصرهم جيدا الالة
 قد انضح من نتائج استعمال الاوساط المنتهية باسطحة منحنية محدبة
 ومقعرة انه اذا استعملت البلورات المحدية فى البصر المصاب باليريزيت ينقص
 انقراج الاشعة او يزول ثم ان المقلة بعد ان تكسر تلك الاشعة لحصل صوراً متميزة
 واضحة فبناء على ذلك تريد البلورات المقعرة فى انقراج الاشعة المجتازة فيها فتسبب

لا يكون معه احيا فاحرارة واضحة ولا تغير ظاهرا في الجلد بل ولا الم وحينئذ فهما
كانت صلابة العين وانتفاخها غير منتظمين ومهما كانت حالتها التي هي
في الغالب تكون على نسق واحد ومهما كان فقد البصر الذي لم يقبل الشفاء
من الجانب المصاب ومهما كانت الاسباب المحدثه لهذا المرض فالذي ينبغي
الامتناع الكلي عن الوضعيات والبرودات المهيجة واما الاسعافات التي على الطبيب
الماهر استعملها فهي فصد الصدغين عاما بواسطة العلق او المحاجم وموضعها
بالوخز الا يرى المتكسر بحسب الحاجة والتدبير اللطيف وبعض المصرفات
واذا استشعر المريض بالحم شديد فاحس وكانت او عية المقلة محتقنة واللون مائلا
للزرقة ولم يوجد في هذا العضو بروز واضح ولا ارتفاع ولا انخفاض واخصين ايضا
ولا انتفاخ عظيم فالحيلة الحافظة لها من السرطان بل وصيانة المريض من موت
محقق هي الاستئصال والذي ذكرناه هنا في خصوص الاسكيروس العام لجميع المقلة
يكون مثله في الاسكيروس الذي لا يصيب الا بعض الاجزاء الواقعة كالا جفان
والحوجب لكن اذا وجب القطع فلا ينبغي ان يكون الا في الاجزاء المصابة
* واشد ما ينتهي به الاسكيروس خطر السرطان وينشأ دائما من التهاب متقدم
عولج بمعالجة غير صائبة وغير معقولة وصفاته التي يعرف بها بوسه اسكيروسية
غير مستوية محدودة ولون ازرق رصاصي واوعية كثيرة دوائية محتقنة بدم
اسود فحينئذ مخططة في جميع جهات العضو المصاب الذي لا يرى فيه اثر الاغشية
او الرطوبات الداخلة في تركيبه وصيرورة القرنية والصلبة جوهر اذا طبيعة
واحدة ويحصل فيها حينئذ تولدات فطرية وينضجان مادة صديدية دموية
حريفة تنقش ولا ينبغي التنبيه على ان البصر حينئذ قد مندم من طويل مع عدم
رجاء عوده ولا على الحس بالغم غائر فاحس جدا كما يحصل في جميع
الداآت السرطانية ويصير المريض معرضا للارق ولتغير مزاج عمومي ولتخمة
ولغير ذلك ثم تتميز الاغشية والدايات بالسرطان في يعقب حالا التقيح المتقدم عليه
فهذه هي ائقل اعراض العين وسير امرها لو حيث ذكرنا في مجت اسكيروس
المقلة انه لم يوجد له مداواة اجود من الاستئصال متى حصل الشعور بالالم

سرطان المقلة

الغائر فينبغي الاسراع باتمام هذه العملية في سرطانها الغير المتفرح بالاولى
 لان زمن توقع النجاح عزيز فلا ينبغي فقده بانتظار مهلك لكنه ينبغي بعد انتهاء
 العملية عدم اهمال الوسائط القادرة على منع او مقاومة الدياتيز السرطاني
 فلذلك يلزم ان يكون تدبير المريض لطيفا مبردا ويداوم على استطلاق البطن
 بالحقن الملين والمسهلات اللطيفة والادوية المرة والزيتية المتنوعة على حسب
 الدلالة الوقتية اذا مست الحاجة لهما وجميع ذلك هو الطريقة التي ينبغي
 التحسك بها قبل العملية وبعدها لاجل ان لا يعمل شيء مما يوجب حصول النجاح
 ومتى كان السرطان متقدرا سمى بالسرطان مطلقا والداء لا يكتسب حيثئذ
 درجة ثقل اعظم من كونه غير متفرح فينبغي حيثئذ شدة الاحتراس والانتباه
 لان الاجفان اذا اصبحت بالاسكروس وابتدأ التسوس في عظام الحاجاج فلا يشك
 في عدم شفاء المرض والعملية بدل انما تصون حياة المريض تقرب زمن موته
 فلا ينبغي الالتجاء اليها حيثئذ بل المسكنات وحدها هي التي تمنع المريض
 ان عاشا برهيا ونسكن آلامه وتطيل حياته لكن ينبغي في استعمال هذه المسكنات
 ان ينتخب منها ما ثبت بالامتحان انه اكثر فعا ويكون استعماله على حسب
 قوة المريض ومزاجه والغالب ان يستعمل للسرطان المتفرح في المقله المكمدات
 المليئة وضماد الشوكران والمزبلا اى غيب الثعلب والبنج والبلادونا ورؤوس
 الخشخاش مع جدور الخطمية ويستعمل من الباطن من مسحوق الشوكران
 ست قمعات او سبع او عشر او ثنتا عشرة في اليوم او من خلاصته نصف قمعة
 فاكثر الى درهمين عمز ويا بقدره ثلاث مرات من خلاصة الكينكينا ولا ينبغي
 ترك الافيون ولا استحضاراته المختلفة فانه يحصل منها ايضا نتائج جيدة وينبغي
 ان يعاون استطلاق البطن بالمسهلات اللطيفة وبالحقن الملين زمنيا بعد زمن
 فهذه هي الحيلة الموجودة في الحالة الراهنة للمعلم وهي متكلفة بتأخير تقدم
 مرض قد عجزت الصناعة عن شفائه وينبغي في استئصال العين ان يكون المريض
 جالسا ممسوكا كافي عملية القدح فاذا كانت الاجفان مريضة ابتداء بازالتها
 وربط الشرايين الجفنية والافليشق ارتفاقها الوحشي لزيادة قحة العين الناتجة

استئصال العين

من تباعد الجفنين عن بعضهما ثم ينكس الجفن الاسفل ويذهب بمشروط مستقيم من الزاوية الصغيرة للعين الى الزاوية الكبيرة على طول الدائرة الفكية للحجاج فينشق الملتحم ووتر العضلة الصغيرة المنحرفة من محل اندغامها في العظام ويفعل هكذا بشق ثان في الملتحم ووتر العضلة الكبيرة المنحرفة فيقطعان من الاعلى من قرب الزاوية الكبيرة للعين الى الصغيرة فتنفصل المقلة انفصالا حلقيا ثم تمسك المقلة بكلا بزر دوج مائل الى احد جانبي الحجاج ويدخل في الجدران المقابلة مقص منحني على سطحه غير حاد السن وينفتح عند الحزمة المتكسكة في الخلف من العضلات العينية والعصب البصري والشریان والوريد العينيين ليقطعها فيكمل بذلك استئصال قطع المقلة ثم بعد ذلك تستأصل الغدة الدمعية وينظف التجويف الحجاجي من الاجزاء المريضة والنزيف الحاصل من هذه العملية يزول غالباً بوضع كرة من نسالة او بربط الشرايين وبعد انتهاء العملية يملأ الحجاج نسالة رخوة وتقرب الاجفنان ويضم شق الزاوية الوحشية ويثبت ذلك ايضا بالعصائب اللزجية وفي الطوارق التي ازيلت فيها الاجفنان يغطي الجرح بوسايد من نسالة ثم تتم معالجة الجرح بوضع رقائده مستطيلة متجهة بانحراف من القوس الزوجي الى نحو الجبهة وربطها بالرباط الاعور ولا يزال هذا الجهاز الا بعد اربعة ايام او خمسة ومثله كل جهاز ياتي بعده لكن على الجراح عند تغييره على الجرح الفحص عن حالته لاجل ان يزيل بالكي او القلع التولدات الفطرية الرديئة الصفات القابلة للنمو والاتحام عقب هذه العملية اذا كان بطياً من ذاته قد لا ينجح اذا قصد وضع عين صناعية للمريض واجتهد في ابقاء محل لها بواسطة وضع كرة من نسالة او جسم اخر في الحجاج وضعا مستمرا فالتضيق في هذا التجويف لاخذ دائماً في الزيادة يظهر انه عائق لا يمنع من وضع المقلة الصناعية وينبغي ان يؤمر المريض بالتدبير اللائق المناسب للأمراض الحادة وكلما ظهرت الاعراض الانتهاءية يتيقظ باتتباعها ومنتها بالوسايط المناسبة كالتي ذكرناها انفا والصناعة قد تملك من زمن طويل الوسائط الملائمة بحسب الامكان لاصلاح التشوهات الناشئة من فقد العين لكن المتأخرون ابدلوا الآلات الغير

وضع المقلة الصناعية

الكاملة للمتقدمين بالمينة التي هي جوهر صلب خفيف قابل لا كتساب
النضارة والملاسة الجيدين. ولشابهته شكل اجزاء المقلدة ولونها فكل من تحديق
القرنية وبياض الصلبة وتفرع الاوعية في الملتحم وتشعشع ثنيات القرنية والواتها
المختلفة والسواد الخلى في الحدقة يوجد باتقان في المقلدة المصنوعة من المينة بحيث
ان البصر لا يفرق الحاديينها وبين العين الحقيقية وتكون هذه الاعين المصنوعة
محدبة من الامام من احد جانبيها الى الاخر ومقعرة من الخلف ليرتكز في هذا
التصغير الجزء الباقي من المقلدة او الاجزاء الباقية في الحجاج وينبغي ان يكون حجم
هذا الجزء الباقي من المقلدة ثلث الحجم الطبيعي لها وينبغي ان يرأل من الحجاج جميع
الانتهابات بالكلية لاجل ان تثبت المقلدة الصناعية باتقان وينبغي ان يكون
جميع الاجزاء ملتصمة وقليلة الاحساس وحيث تخذ المينة وتكون اول الاحر
اصغر من التي ستأتي بعدها وتبل بماء وتمسك من طرفي قطرها العظيم وتدخل
تحت الجفن العلوي بعد رفعه قليلا ثم يرخي عليها وينكس الجفن السفلي وتدخل
خلفه ايضا وعمما يسهل ذلك السيال المبولة به وينبغي في الايام الاول ان لا تمكث
المقلدة الصناعية في محلها الا بعض ساعات ولكن كلما اعتادت الاجزاء على ملاستها
يزاد في مدة مكثها وفي حجمها حتى يشابه هذا الحجم حجم العين الاصولية فاذا
اريد اخراجها نكس اولا الجفن السفلي ثم يتخذ اسفل الحافة السفلى للمينة رأس
دبوس فيذلك تخلص وتخرج وينبغي ان توضع العين الصناعية حال خروجها
من الحجاج في الماء لتنظف من المادة المخاطية الكاثمة عليها تحفظ نضارة سطحها
وان تدي كل مساء بماء مرطب في كأس عيني اذا سخنت الاجزاء الملامسة لها
لاجل ان يزول بذلك التهيج واذا التهبت هذه الاجزاء تترك لتستريح بعض ايام ومتى
اخذت العين الصناعية في الانبرا وخشت ينبغي تغييرها حالاً ويندر استمرارها
صحيفة اكثر من ستة اشهر

الفصل الثاني في آفات الاذن وهي ثلاث عشرة آفة

لما كان عضو السمع من بين الاعضاء شريفا لا يد منه لا تقان وجود الانسان
وجب على فن الجراحة ان يجتهد على حفظه بكل حيلة اذ لو لان الله تكرم علينا

بحاسة السمع لما استقام حالنا فاننا في الحقيقة لو عد من السمع لما تعلمنا العلوم
الالهية والبشرية ولا حصلت ينشأ مداوله في الافكار اذ لولا ما كنا قادرين بالكلية
على اتقان ذهننا الضعيف وعقلنا ولولا ايضا لكنا كانت حياتنا المتعلقة بجميع
ما يحيط بنا غير مأمونة في كل برهة من الزمن لاننا بالبصر قد نتنبه للمرثيات
التي تتعرض امامنا وتجنب عما سمة ما كان منها مؤذيا ولسنا قادرين به على ابصار
المرثيات من كل جانب وايضا ظلام الليل يمنع وظيفة العينين فاحتجنا لحاسة السمع
لنتحفظ بهامع البعد لان حاجتنا ليست قاصرة على ان نتنبه لما يتحرك حوالينا
فقط بل على ان نتنبه ايضا للغط البعيد عنا فالمنفعة العظيمة التي تنالها من
الاذن وزيادة الاهتمام بها حال الصحة يلزم ان الجراحة ان تدها بجميع اسعافاتهما وقت
اصابتها بالامراض وامراض هذا العضو قد استمرت زمنا طويلا ولا معرفة معرفة
قليلة بل ربما كانت مجحولة فان القدماء كانوا يجهلون بنية هذا العضو الذي
جهازه لطيف دقيق وتركيبه مضاعف كثير ولتتكلم على آفاته بميزين لها بالعدد
وهي ثلاث عشرة آفة فنقول

الاولى جروح صيوان الاذن

اذا كانت جروح صيوان الاذن بسيطة فلا تستدعي معالجته مخصوصة بل الدلالة
الفريدة هي ضم الجرح حالا وجمع حوافيه لبعضها ببعض اربطة مع معاونة
فعلها بالوسائد المعمولة من الفسالة وبالرفائف الرقيقة ويلقاة حافظة لذلك
وينبغي استعمال بعض غرز من الخياطة اذا كان الجرح متسعا جدا غيره تساوى
الحوافي

الثانية قطع الاذن

قد يتفق ان الالة القاطعة تزيل صيوان الاذن كله وهذا لا يتسبب عنه حياة
المرضى خطر البتة ولا ينشأ عنه ايضا فقد السمع بل يضعف مدة ثم يعود لحالته
الاصلية فاذا لم يتفصل انفصالا تاما فاليجتم في ضمه ولو كان الجزء المعلق له صغيرا
وعما يثبت لسانه لا ينبغي اليأس من الشفاء حيثئذ جازم التحامات حصلت في مثل

حفظ صيوان الاذن

هذه الجروح واذا انفصل بالكلية فلا فائدة في ردها الى محله ولا في الاجتهاد على قهره
تحت سلطنة الاعصاب والقلب * ثم وضع اللقافة على الاذن يستدعي بعض
مراعاة مخصوصة فلا بد للجراح من ان يبحث عن القناة السمعية هل تحتوى
على بعض اجسام غريبة او لا فاذا تحقق سلامتها من ذلك سد فوهتها بكرة من
نسالة او قطن ومن حيث ان دائرة صيوان الاذن منفصلة عن القود اى شعر
الرأس مما يلي الاذن وكان المهم حفظ انضمام حافات الجرح انضماما متقنا
او منع ضغط الاذن ضغطا شديدا غير مستوفى لوضع بين الصيوان وجانب الرأس
رفايد رقيقة او وسائد من نسالة ويوضع ايضا على الجهة المقدمة للاذن بعض
وسائد من نسالة وقاية لها اذا اريد ان يلف عليها اللقافة فقد شوهد حصول
الغثغثر منها بسبب الضغط الشديد المستمر زمن اطويل ولا تكون الغثغثر نافي
الجلد فقط بل تمتد الى الغضار يف

الثالثة التهاب صيوان الاذن

التهاب صيوان الاذن نادر لان قابلية التهيج في الاجزاء التي تتركب منها ضعيفة
وطبيعة هذا الالتهاب كطبيعة الحجرة ومعالجته كمعالجة التهاب المنسوج
الجلدى

الرابعة عدم انتقاب القناة السمعية الظاهرة

بغشاء غير طبيعى

قد يولد الجنين وقناة السمعية غير مثقوبة فاذا كانت فوهة هذه القناة مسدودة
بغشاء غير طبيعى وجب شقه بالمشرط شقا متصاليا وازالة اهداب الشق وحفظ
الجرح مفتوحا بواسطة وضع قليل من نسالة بين حوافيه وقد يكون الغشاء الساد
الذى نحن بصدده غائرا فينبغى حينئذ ان يكون قفصه بواسطة مشرط حاد يلف
على نصله قرب سنه خرقة او بواسطة نيتران الفضة المتكرر وضعه حتى تتم به فتحة
واسعة اتساعا كافيا وان كان انسدادها بانطباق الجدران على بعضها
كما قد يتفق ان الايتراجوس والانتيتراجوس والايتيلكس تقرب لبعضها جدا
في بعض الاشخاص فتسد فوهة القناة السمعية الظاهرة فقد يضطر لقطع ارتفاعات

او بانطباق الجدران

هذه الاجزاء ان لم يمكن حفظها متباعدة ووضع الاجسام الممددة في الاذن قد
يكفي في انتفاخ الاجزاء الرخوة للقناة السمعية وتقاربها ببعضها فينبغي ان
يستعمل معه التهييل الملين والوضعية المريحة والقصد الموضعي وذلك لاجل
مداواة التجميع المزمن الذي يسبب هذا الداء في الكهول غالباً والانبوبة التي من
القضة او من الذهب الرقيقة الجدران المتسعة من طرفها الظاهر قد كفت مراراً
كثيرة لازالة الصمم او لاصلاح ضعف السمع الصادر من الداء الذي نحن بصدده *
وان كان هذا الداء صادراً من انضمام الجدران العظمية للقناة السمعية بعض
انضمام او انضماماً كاملاً فلا يرجى شفاؤه

او بعدم وجود القناة

الخامسة وجود الاجسام الغريبة الداخلة في الاذن والمتولدة فيها

قد يتراكم الصملاخ في القناة السمعية انظاهرة ويديس فيها فيصير جامدا صلبا
يمنع نفوذ الاصوات ويسبب صمماً تاماً او غير تام وينبغي في هذه الحالة ان تعرض
الاذن لضوء شديد ويجذب صيوائها الى اعلى لتستقيم قناتها وتعتدل ويتأكد
وجود المادة الغريبة فتلين بالزيت او بماء الصابون الفاتر ثم تخرج بعد ذلك
بالهلل * وان كان الداخل في الاذن دابة من الهوام او غيرها خرجت بمقاط
او اجتهاد في تعلقها بفتيلة من قطن او من صوف تدخل في القناة او في تلزجها
بالترمنتينا او اعلاكت بواسطة صب الزيت او الزيق مع بقائه مدة في القناة
المتريجة مدة وان كان الداخل فيها من الاجسام الغير المتحركة استوصلت
بالمقاط اذا كانت صغيرة او طويلة غير مستوية فان كانت مستديرة صلبة فلا
تخرج بالمقاط لانه يدفعها زيادة الى الباطن بل تستخرج بواسطة ملعقة صغيرة
تنفذ بين الجدار السفلي للقناة والجسم الغريب حتى تصل خلفه ثم يجذب بها الى
الخارج فتكون بمنزلة رافعة من النوع الاول وينبغي التحرز من كسر هذه
الاجسام اذا كانت هشة فاذا كسرت ينبغي الاجتهاد في استئصال جميع
القنات لاجل منع الالتهاب الذي ينشأ عنها * ووجود الاجسام الغريبة مما
يسبب غالباً عوارض ثقيلة فلذلك ينبغي بدون اهمال المبادرة باخراجها سيما

دخول الهوام في
القناة السمعية

إذا كانت من حب البسلا او حبوب اخرى نباتية لانتها بواسطة الحرارة والرطوبة
تنفش وادخال الزيت في الاذن يسهل خروجها واذالم تنجح ببقية الوسائط التي
لاستئصال تلك الاجسام فلا ينبغي اهمال شق جدران القناة وبعد استئصالها
سيما اذا كان الشق متعبا يستعمل الفصد الموضعي وحقن الاذن بملين لاجل منع
حدوث الالتهاب او دفعه اذا حصل

الساوسه بوليوس الاذن

بوليوس الاذن قد يكون صغيرا كما هو الغالب يشبه التأليل ويكون قرب صيوان
الاذن فيسهل مسكه من عنقه واستئصاله بجذبه بعد قتله بجفت رقيق باطن
طرفيه خشن ليتشبث به تشبثا جيدا والاجود في بعض الطوارق قطعه
بشرط لاسن له او ربطه بخيط يحيط به بواسطة حامله عقدة ديسول او بكيفية
اخرى وينبغي بعد سقوطه ان يكوى محله بنيترات الفضة الذائب لاجل اضمحلال
ما بقى من جذوره

السابعة الالتهاب المزمن من جدران هذه القناة

ينبغي ان يعالج الالتهاب المزمن لغشاء القناة السمعية بمعالجة بقية الالتهابات
وعما يسبب الماشددا مع سيلان صديد او كلان دائم في قرار الاذن ادخال
الاجسام الغريبة في القناة السمعية بعنف او حركات كثيرة وعما يكفي لازالة هذا
القشوش الحقن بماء الحظمية والاجتهاد في تنظيف الاذن باجسام غليظة الحجم
بحيث لا تصل لقرار الاذن

الثامنة خراجات التوالحمي

خلايا التوالحمي قابلة لان يعتريها التهاب اعراضه الم شديد عاثر في القسم المشغول
بالالتهاب وانه لو استعمل الفصد الموضعي والوضعيات المليئة لتكون في هذا
التجويف خراج الصديد الحاصل فيه اما ان يتخذله من الاذن سبيلا الى الخارج
او يذيب العظمة ويرفع الجلد ويكون خراجا ظاهريا او يتغذى في الجمجمة وعلى كل

فأعراض المرض السابقة لا تترك شكاً ولا جهلاً في نوع هذا المرض ومجملته
والوسائط الرئيسة الواجب استعمالها للمقاومة هذا الداء هي فتح الخراج سريعاً
قشرة واسعة عند ظهوره في القسم الحلي وشق جلدة هذا القسم أو ثقب الصفيحة
العظمية الظاهرة متى تحقق وجود الخراج لأجل أن تكون هناك قشرة مقابلة
للأصلية كافية لخروج السيل إذا كانت المادة سائلة من القناة السمعية
فإذا أصيبت العظمة بالنكروزس انتظر نتيجة تفلسها وعند ما تلين ليناً غائراً
وتسوس ينبغي استعمال النخاعة أو المبرد والجواهر الكاوية والسكي بالنار لأجل
اضمحلال الأجزاء الفاسدة ثم إن الأضرار الخلوية الوعائية تنشأ وترتفع من قرار
الخراج وتصير أساساً لالتحامتين ثابتين

التاسعة تمزق غشاء الطبلية

تمزق غشاء الطبلية تمزقاً عارضاً مما يتقبه أو يذوبه والذي يزيد وجود الأجسام
الغريبة واللغط القوي الشديد وانفصال يد المطرقة وتراكم الصملاخ في القناة
السمعية والعلامة الأساسية لهذه الآفة التي لا تقبل الشفاء هي نفوذ الهواء
من القناة السمعية حال الزفير مع طبق الفم

العاشرة التهاب الجهاز السمعي الباطن

الأجزاء اللطيفة المتعاونة مع بعضها على تكوين الجهاز السمعي الباطن المحدودة
من الخارج بغشاء الطبلية مهيته لأن تكون محلاً لالتهاب كثير الشدة أو قليله
ويعصب حدوث هذا التهيج الشديد دائماً في قرار القسم الأذني ومتى تكون الصديد
في داخل الأذن وصل إلى الحلق من بوق أو استأكيوا وإلى الخارج من غشاء
الطبلية أو نفذ في الجمجمة من فتحات تحصل بسبب تسوس في الصخرة أو في الخلايا
الحلمية وقد يتغذ الصديد في هذه المحال الثلاثة في آن واحد وكثيراً ما يكون
نتيجة التسوس أيضاً خروج العظام وفساد البنية الآلية للجهاز السمعي
وكذا الموت أيضاً والذي ينبغي استعماله بهمة عظيمة لمقاومة الالتهاب المذكور
هو مضادات الالتهاب والقصد الموضعي والتهابيل والحقن الملين والمصرفات

وبقية الوسائط المخصوصة بمقاومة الالتهاب وتحويله والطرس في اكثر الاحوال
يكون نتيجة لهذا الالتهاب

الحادية عشر انسداد بوق اوستا كيو وصندوق الطبله

بوق اوستا كيو من حيث انه مغشى ببقية القنوات بغشاء مخاطي قد يفسد
بسبب اتصال الالتهاب المتكرر في انعم منه الى جدران ذلك البوق فتغلظ تلك
الجدران وتفرز مادة مخاطية ولا يمكنها فيما بعد الخلوص منها وقد يصير نفس
صندوق الطبله محلا لهذا الاحتقان المخاطي ومتى لم يمكن تفوذ الهواء لصندوق
الطبله حصل الصمم كما يشاهد ذلك في من ولد اصم * ومعالجة انسداد بوق
اوستا كيو تكون بحقنه امام من القم او من الخيشوم وهو المختار في عصرنا
هذا والالات التي استعملها المعلم ايتا لذلك هي اولا الجبهة المعدنية وهي نصف
دائرة من نحاس رقيق جدا لاجل ان تنبسط وتنقبض على حسب المطلوب
تحيط بالجبهة لمقدمة من الرأس ممتدة من احد الصدغين الى الاخر ويوجد في كل
من طرفيها شسع مخيط فيه يتكون منهما مع نصف الدائرة دائرة تامة ويزمان
بايزيم زما متينا خلف الرأس وينحدر حذاء الانف من الجهة الوسطى لنصف
الدائرة جفت ذوزمام يصل امام الخيشوم لاجل ان يقبض على طرف الانبوبة
وثانيا انبوبة من فضة طواها من اربعة قرار يبط الى ستة منحنية من طرفها الدقيق
وموشحة من الطرف الاخر بحلقين وقطرهما من خطين الى ثلاثة وثلاثين سمود
من صمغ لدن اطول من الانبوبة سهل المرور في جوفها واربعا محقنة صغيرة تسع
قدر نصف كوب وما سورتها تدخل باستحكام في فتحة الانبوبة * وكيفية العملية
ان يوضع المريض مثبتا رأسه كما في عمليات الوجه وتوضع الجبهة بحسب
ما يجب وتقاس اولا بالجس المسافة الفاصلة بين الغلصمة ونواحي الفك الاعلى وهذه
المسافة التي ينبغي تحديدها باجتهاد تكون قدر المسافة الكائنة بين البوق
والفتحة الظاهرة للحفر الانفية ثم تدهن الانبوبة بمرهم وتدخل في الخيشوم
وتقعرها قليلا الى الجهة السفلى من الحفر الانفية وعند وصوله الى المحل المعلم بالطريقة

المعالجة بالمحقن

كيفية العملية

المذكورة آنفاً يرفع الجراح متقارها برفق جاذباً له الى الخارج فيستشعر يدخوله في التجويف القابل له فلا يمكنه الذهاب الى الامام ولا الى الخلف والحسن الذي يستشعر به المريض يذهب الى قرار الاذن فيحس به هناك ثم يثبت حينئذ صيوان الانبوبة في جفت الجبهة لينع الاضطراب والزيغ ثم يدخل باستحكام في فوهة الانبوبة طرف ما سورة المحقنة الصغيرة ويحقن فيرجع ما حقن به من الخياشيم والقنم متى وصل السيلال الذي يدفع اولاً برفق وبعده بقوة الى البوق ولو قليلاً سبب احساساً مؤلماً ونتيجة انتشاره في صندوق الطبلة يكون غالباً صداداً ودواراً وحمى ومتى انتقب غشاء الطبلة سال السائل المحقون به الى الخارج بعد مرورهم في القناة السمعية * واما بادخال المروود وذلك فيما اذا لم يتقد في الاذن شيئاً فينبغي الاجتهاد في تسليك البوق وازالة انسداده بواسطة ادخال مروود من صمغ لدن في الانبوبة والمعلم اية سارا ستحسن ان تبقى هذه الالة في بوق اوستا كيوم بقاء مستمرا كما يفعل في مجرى البول ثم يستعمل الحقن بالماء القاترا ومن السائلات المركبة ايضا ومن مواد غازية اى هوائية * ومعالجة انسداد الطبلة يكون بفتح غشائها ومع كون ذلك هو الحيلة المفيدة لا ينبغي عمله الا في الطوارق التي لم تنجح فيها بقية الوسائل الواصلة من جهة البوق ثم ان الحقن من الخياشيم قد يترك العضو سليماً واما ثقب غشاء الطبلة فقد يكون آفة زائدة على الآفة الحاصلة وبالجلة فهذه العملية سهلة جداً والمعلم ايتار قد اخترع آلة معدنية لاسن لها تمسك باليد اليمنى وبعد استنارة القناة السمعية بشعاع شمسي وتعد يلها تعديل جيداً يذهب بالالة نحو اسفل الجهة المقدمة لغشاء الطبلة ويثقب هذا الغشاء بتلك الالة بحركة خفيفة فينتد يسمع صوت يشبه الصوت الصادر من ثقب برق الغزال بنحو ابرة وبذلك تتم العملية اذا لم يكن المقصود منها الا تنقيذ الهواء في التجويف السمعي * واما اذا كان صندوق الطبلة محتقناً فينبغي حقنه من الجرح واجود السائلات الماء القاتر فيدفع اولاً برفق واحتراس ثم بقوة وتكرر العملية في النهار مرتين او ثلاثاً وتفرغ الحقنة في كل مرة من ست مرات الى اثنتي عشرة مرة فاذا توافقت هذه الحركات العنيفة الحاصلة من الظاهر الى الباطن مع الحركات الحاصلة بالعكس في البوق ينسدر

واما بالمراد

معالجة انسداد الطبلة
بثقب الغشاء

او بحقن صندوق الطبلة

عدم حصول زوال انسداد هذه المحال واما الحقن القهري اى الذى يتم بحقنة
ما سورتها من نحة بكتان يملأ القنطرة السمعية فيمنع رجوع السيل المندفع بقوة
فاقول الذى يظهر لى انه قد يكون مضرا واعلم ان نجاح هذه العمليات مشكوك
فيه جدا لانها تسبب تهيجات شديدة فى الاذن فهى وان حصل منها انفتاح بين
الحلق والقنطرة السمعية قد لا يزول بها الطرش اولا يعود السماع كله

الثانية عشر الصمم

كون الصمم مرضا اصليا اقل من كونه نتيجة الامراض المختلفة فى الجهاز
السمعى وقد ذكرنا الاوضح من هذه الامراض التى يجلسها تجويف التيه
او اللب العصبى وان اجتهادات الصناعة عاجزة فى الغالب عن شفائه

الثالثة عشر آفات مختلفة فى حس السمع

منها هيجان السمع

معالجته

ومنها ضعفه او فقد

حساسية العصب السمعى قد تشور وقد تهبط وقد تفقد اما ثورانها ويسمى زيادة الحس
السمعى فالغالب ان يكون عرضا لمرض اخر كانهزلة فى الاذن او السرسام او الصداغ
الشديد او غير ذلك وقد يصدر من الاعتياد على الصمت فالمرضى الذين رجوع لهم
السمع بواسطة ثقب غشاء الطبلة قد يسمعون اذنى لفظ * ويقاوم ثوران الحس
السمعى فى الغالب بمضادات التشنج واذا صدر هذا الثوران من الاعتياد على
الصمت كان تعرض المريض دفعة للغط الشديد مضرا بل ينبغي ان يعودا ولا على
الاصوات الضعيفة المنخفضة ثم على الاقوى منها تدريجيا واما هبوطها ويسمى
بضعف الحس السمعى وفقدانها بالكلية فيحصلان اما من ضعف مبدأ الحساسية
او من تقدم السن او من ارتجاج العضو ارتجاجا شديدا او من انتقال الطبلة
او احتباسه او من الداء الافرنجى او من عدم وجود الاعصاب السمعية او عدم
تغذيتها او من انضغاطها او من آفة فى الجزء المنشئ لها من المخ والاشخاص
العائشون فى وسط اللغط الشديد قد يصيرون سريعاصما كالطويحية فانها قد
تفقد فيهم قوة السمع من طلق المدافع والبرق والصواعق قد يسببان فى بعض
الاشخاص العمى والصمم وجفاف التيه المسبب للصمم سبب لجفاف العصب

معالجته

السمعي ايضا وهو سبب كثير الحصول للصمم الشيخوخى * ومعالجة هذه
الطوارق قد تعجز عنها الصناعة فاذا حصل الصمم من غيبوبة اندفاعات جلدية
وجب ردها الى مجلسها الاول والمياه المعدنية الكبريتية قد حصل منها نجاح في
ذلك واذا حصل من امتلاء دموى او تسبب من احتباس سيلان طمى او بواسيرى
او صدور من رفاهية المعيشة او نشأ من الاقراط فى الماء كل والمشارب ووجب
ان تراعى تلك الاسباب وتقاوم بالوسائل المناسبة وينبغى الالتجاء للزيتق اذا ظن
وجود الداء الا فرنجي واذا كان هذا الصمم عرض داء فى المراق ينبغى مقاومة هذا
الداء ايضا * واما فساد حس السمع وكذبه فهو ان يدرك اصواتا كأنها آتية
من الاجسام البادية والحال انها صادرة من تشوش العضو المنوط بنقلها
الى النفس فلذا قد يسمع قراقر او ضربات غير متوالية ويسمع ايضا اصوات حادة
تشبه صوت الناقوس وتسمى بالطنين ويسمع ايضا الغط حاد دائم عند تكلم الغير
وتكرر متكرر كثير يشبه خرير نهر او صوت بحلة او ناعورة او قرعة صاعقة وقد
يتفق ان اذا تسمع الصوت على حقيقته والشائبة تسمعه بالخلاف فعند ذلك يسمع
صوتان مختلفان مع انه كان من اللازم سماع صوت واحد بلحن واحد واحيافا
قد يسمع الكلام من الاذن اليسرى مع ان المتكلم جهة اليمين وبالعكس وقد
لا تسمع الاصوات الصغيرة المعتدلة الا اذا كانت مقرونة بغط شديد فان المرأة التى
كان يكلمها فيلس كان لا يمكنها مخاطبته الا بضرب الطنبور جهة اذنها وكان
هنالك ايضا رجل لا يمكنه فهم كلام مخاطبه الا حال ضرب النواقيس فى منارة
قريبة لمسكنه * والاسباب المحدثه لاحساسات السمع الكاذبة كثيرة وهى
النوازل اى التهيجات التى تحصل فى الاذن الواحدة او فيهما معا وانسداد البوق
او نفوذ الهواء فى هذه القناة حال اصابته بتغير اخر وتجمع مصل او صديد او مادة
اخرى سيالة فى الاذن الباطنة والاجسام الغريبة سيما الهوام الداخلة فى
القناة السمعية انظاهرة وتأثير البرد والامراض الحادة والحجيات الشديدة
وشدة الهذيان او تزيف ما والصداع واحتباس البواسير او الطمث والامتلاء المفرط
فى القناة الهضمية وبعض تهيجات عصبية كالجنون والابستيريا وغيرهما وخروج

ومنها فساد وكذبه

الاسباب

المعالجة

ومنهم الصمم الخلقى
او الحادث فى سن
الطفولية

المعالجة

بعض وظائف الاعصاب المتوزعة فى العضو السمعى عن الجرى الطبيعى وهذه
كلها غير معروفة معرفة جيدة * ثم ان المعالجة قد تختلف باختلاف
الاسباب فاذا كان هذا الداء عرض نزلة شتى غالباً يشفاؤها واذا صدر عن حالة
ضعف التجبىء حيثئذ الى المقويات او من امتلاء دموى استعملت مضاداتها
كالقصد والاستفراغات والجواذب الحمية والنباتية وغير ذلك واسباب هذا
الداء وما يخصه من العلم النظرى خفيان جدا او غير معروفين معرفة جيدة
كما فى غيره من الداءات فمن ذلك يقال ان من كان نظره فيه على سبيل الخدس
والتحمين المعقول كانت معالجته له جيدة ومتى تكلم فيه على سبيل اليقين
والجزم كان بذلك غاشا لمطالعية فى تصديقهم له فتكون معالجته له غير جيدة
* والصمم الخلقى او الحاصل فى سن الطفولية مصحوب دائماً بالحرس الذى هو
نتيجة لازمة له واسباب الخلقى لا تختلف عن اسباب الصمم الحادث فى سن
الشبوية لكن اولها ما يصدرفى الغالب من شلل خلقى او مكتسب ويحصل غالباً
عقب تشجات الطفولية ورتب الاشخاص الصمم الحرس خمس فاصحاب الرتبة
الاولى يسمعون الالفاظ اذا نطق بها يبطئ وصوت مرتفع واصحاب الرتبة
الثانية يسمعون سمعاً غير تام حتى وان كان الكلام بصوت عال واصحاب الرتبة
الثالثة يسمعون الصوت ولا يميزون الالفاظ من بعضها واصحاب الرتبة الرابعة
لا يسمعون نطق المتكلم ولا يميزون كلامه وانما يسمعون الاصوات الشديدة جدا
كصوت الصاعقة وطلق الاسلحة النارية واصحاب الرتبة الخامسة يكون سمعهم
تاما وعدد اصحاب هذه الرتبة تبلغ نحو نصف الاشخاص الصمم الحرس من بقية
الرتب وايو قراط وارسطاطليس وبقية القدماء من المؤلفين كانوا يجهلون كون
خرس الاشخاص الصمم الحرس صادرا من سمعهم وارل من كشف
ذلك راهب اسبانيولى والمصابون بهذا الداء موجودون بكثرة ولا يختلفون عن
بقية البشر ظاهرا وانما هم عادمون لمعارف الديانة واشرايع وارتباط الشعوب
والقبائل ببعضها وما يجب لها وعليها وارتباط الالفة واجتماع الناس ببعضهم
وبالاختصار هم عادمون لجميع التصورات الغريزية * ومعالجة الصمم الخلقى

والخاص في سن الطفولية لا تختلف عن معالجة الصمم الحادث في سن الشبوية
غير ان ذلك اكثر استعصاء من الحادث في سن الشبوية على الوسائط الشفائية
المستعملة فيه لانه لا يعرف الا بعد قدمه ولانه يندر ايضا معرفة السبب المنشئ له
وهو غير قابل للشفاء اذا حصل من آفة مخيئة او من تشنج او من ضربة على الرأس
او كان موروثا ويقبل الشفاء اذا كان غير تام او حصل بعد الولادة فيستعمل له
على حسب الاحوال مضادات الالتهاب وحقن بوق اوستاكيو والمسهلات
والمنقطات خلف الاذن والمقصى على القسم الحلي وكثيرا ما لا يقبل هذا الداء
الشفاء ولو استعملت فيه جميع هذه الاشياء * ومعالجته حينئذ انما تكون
بالطريقة التي تسمى بتربية الصمم الخرس ولم تعرف الا منذ مائتين واربعين سنة
ومبدعها راهب اسبانيولى يسمى ضون ييروپونس وطريقته في ذلك قد اتقنت
فيما بعد ووجبها يعلم بالاشاره والكتابة مرام هؤلاء الاشخاص ولولا ذلك
لما قدروا على تليغ افكارهم واكتساب افكار غيرهم وكانوا يبقون على حالة
تشبه حالة الحيوانات وقد شوهد بواسطة هذه التربية ارتقاء فهم بعضهم الى درجة
عظيمة من الاتقان فلذلك يوجد في المدين الرئيسية في بلاد الاوربامدارس معربة
لتربية هؤلاء الاشخاص) واما اصلاح بقية انواع الصمم بقدر الامكان فقد اخترع له
الاطباء جملة الات منوطة بجمع امواج كثيرة صوتية في الصماخ السمعى ليزيد بذلك
الصوت وهذه الالات تسمى بالقرون السمعية واشكالها مختلفة فانسبها واكثرها
استعمالا ما كان شكله على شكل قرن منحنى طوله من سبعة قراريط الى ثمانية
احد طرفيه منفرش وقطره نحو قيراطين وطرفه الثاني ضيق مبروم لاجل
ان يدخل باستحكام في الصماخ الاذني الظاهر وهذه القرون مصنوعة من التينك
او من النحاس او من الفضة او من الذهب ويوضع الطرف الرفيع في الاذن المراد
السماع بها والطرف الثاني يكون جهة المتكلم

تربية الصمم الخرس

استعمال القرن السمعي

الفصل الثالث في آفات الانف والحفر الانفية

عناية فن الجراحة بافات الانف من دوجة لانه يبحث عنه في ذلك الفن اولا بالنظر

للتشوه الذي يمكن حصوله منها في هيئة السحنة وثانيا بالنظر الى تشوش وظائفه المهمة وآفات الاتف مع الحفر الانفية اربع عشرة آفة

الاولى الجروح

الجروح الحاصلة في الانف من الالات الواخزة لا تستدعي معالجة مخصوصة واما انواع تفرق الاتصال التي هو معرض لها فينبغي فيها مهيما كانت سعة التفرق ان يضم سريعا وتحفظ ملازمة خوافية لبعضها بواسطة اللزق اللزجة وحيانا بالخياطة فلوانفصل الاتف وبقى معلقا بجزء صغير من قاعدته وجب رفعه ووضع وضعه محكما على حالته الطبيعية وتثبيتته على هذه الحالة بغرز من الخياطة النقية تجعل في رأس الهدب اما لو انفصل من اسفل الى اعلى فانه لا يبقى معلقا بالوجه الا من جلد جزئه العلوى فينبغي وضع جناحيه على هيئة تما الاصلية بواسطة غرز خياطة وقد حصل الشفاء كثير مع كون الانف لم يتعلق الا باجزاء صغيرة من جلد رقيقة جدا واما ما قيل في المشاهدات من رد الانف الى محله بعد انفصاله كله بمدة فهو من المشاهدات التي يجوز الشك في صحتها ومع ذلك فلو طرأ هذا العارض فلا بأس بتجربة ذلك بوضع الانف ثانيا والاجتهاد في اتقانه بقدر الامكان وينتظرا ما ينتج من ذلك فان لم يلتحم وبقى باردا مصفرا وصارا زرقا وجبت ازالته بعد ثلاثة ايام ثم يعالج الجرح كمعالجة تفرق الاتصال المصحوب بزوال جوهر

الثانية كسر عظام الانف

اذا حصل كسر في عظام الانف مع غور بعض شظايا منها اجتهاد في ردها الى محلها بواسطة ادخال جفت مطبوق في الحفر الانفية له حلقتان ويكون بمنزلة آلة رافعة كالعتلة تدفع بها تلك الشظايا الى الامام مع كون سبابة اليسرى من الظاهر تمنع بروزها الى الامام زيادة عن القدر الواجب وبعد ردها لا تقبل الزيف في الغالب ومع ذلك فلو حصل اجتهاد في حفظها بعد ردها بواسطة ادخال ابوبة من ريش الكتابة تلف عليها خرقة وتستمر في الحفر الانفية واما الجروح الظاهرة التي تكون

عازضية فتعالج بعد ذلك بما يناسبها وتحفظ النسالة والرقائد بالعصابة الثانية
 المزدوجة وهي ان تؤخذ اولا عصابة طولها ذراع ونصف وعرضها اصبع وثانيا
 عصابتان طول كل منهما نصف الاولى وعرضها مثلها ويخيط في وسط الاولى
 طرف كل من الثانية على زاوية مستقيمة متباعدين عن بعضهما بستة
 خطوط اوسبعة ثم يوضع وسط العصابة الاولى المستعرضة على الشفة العليا
 بحيث تكون العصابتان الثانيةتان عاموديتين عليهما متجهتين الى الاعلى
 ثم يمسك الجراح طرفي العصابة الاولى باليدين ويدور بهما على الوجنتين واسفل
 الاذنين حتى يصل الى تقرة القفا فيثبتان هناك بعقدة وشريطة ثم يرفع العصابتين
 الثانيةتين على جانبي الانف وبعد ثقل ما في اليمنى اليسرى وبالعكس ليتصالبا
 على مقدم اصل الانف يأتي بهما بانحراف على مؤخر الرأس حتى يصل الى خلف
 الاذنين فيثبتهما هناك في القفا المستعرضة وجروح الانف كبقية الجروح
 المجاورة لقاعدة الجمجمة خطيرة لكنها ليست في حد ذاتها كذلك بل سهولة
 مصاحبتها للعوارض المخية ففي هذه الحالة تدخل في رتبة جروح الرأس المصحوبة
 بافات المخ

الثالثة فقد الانف كله

فقد الانف كله آفة نادرة جدا في بلاد الاوربا في هذا العصر وكثيرة في بلاد المشرق
 وسيهاجور بعض الاحكام فان قطع الانف في هذه البلاد كثيرا ما يكون
 قصاصا جاريا في بعض الاحكام وقد الانف سواء حصل من اسلحة او قرحة
 سرطانية فوجد له في الصناعة وسائط بها يتدارك ما يحصل في السحنة من
 القشور المستنكر فمنها الانف الصناعي وعوانف يصنع من ذهب او فضة او مقوى
 او صمغ لدن يكون مماثل للانف الطبيعي المفقود في لونه وشكله ويوضع في محله
 مثبتا باعين زجاجية ذات شعب او بلول ينشئ في الحفرة الاتقية او يرتبط بذنب لدن
 مستقيم مثبت في حلقة تحيط بالرأس وهذه الحالة قد تزيل بعض التشوه وتسهل
 التلقظ وتمنع جفاف الغشاء المخامي وتكون حافظة لزيادة دخول الهواء في الحفرة

الاتق الجلد على رأى
تاليا كوتسى

وعنى رأى جراف

وعلى رأى الهنديين

الاتقية بسهولة وتقع ايضا لحفظ ذلك كما طاعة الشتم يقاء الهواء الحامل الى الاجزاء الصغيرة من الرايحة * ومنها الاتق الجلد وقد اخترع عمله من جلد بعض اجزاء من الجسم جلد معين فالمعلم تاليا كوتسى جراح طبيباني كان يدهى حواف اثره الاتق ثم يشق جلد الساعد شقاغا ثم يضع الاهداب التي شقها على ما ادماه من الحواف وبعد حصول الالتحام بين الاتق والساعد يقطع من جلد الساعد بقدر ما يحتاجه الاتق فيكون اتق جديد من هذا الجلد * والمعلم جراف كان يعمل هنا الاتق بكيفية مستحسنة فكان بعد ان يأخذ رسم الاتق الذي قطع من المريض يقطع من ساعد ذلك المريض هدبا مثلثا فاعده تلي الاسفل وتحت تلي الاعلى وتتصل عمادونها من الجسم ثم يرفع الساعد وينبته على الوجه بحيث تكون رأس الهديب وجانبه موجهة وان على الحواف المدعاة من الاثره الاتقية وبعد حصول الالتحام يقطع الهديب من قاعدته وتتمى العملية بان يعطى للاتق المستعار هيئة الاتق الاصل على حسب الامكان وقد تمت هذه العملية كثيرا مع حصول النجاح * والهنديون عملوا ذلك على نوع اسهل واسرع مما ذكر فكانوا يطبعون في صفحة من شمع صورة الاتق الجلد الشكل بالنسبة للمريض ثم يضعون هذا المرسوم على جهة المريض بمنزلة قالب يقطعون على مقداره قطعة جلد من الجهة شكلها مثلث في بعض انتظام رأسه تكون بين الحاجبين وينبغي ان لا تفصل ثم بعده تدهى حافات اثره الاتق وينكس الجلد من اعلى الى اسفل ويقلب من جهة رأسه حتى ان سطحه المدهى يلى الحفر الاتقية والسطح الثانى يلى الظاهر وينبت حوالى الحفر بالوسائط المناسبة له ورأس الهديب هي التي تخدم في تغذيته وبعد ان يتم الالتحام تقطع الزوائد ليصير هذا الاتق المستعار متقنا بقدر الامكان

الرابعة ضيق النباشيم

قد يشاهد عقب اهمال معالجة حرق غائر انسداد قصى الاتق المقدمة بسبب انضمام حوافها بعضها او انضمام الشفة العليا بها فينبغى حينئذ قطع الاربطة

المغير الطبيعية بشرط ان تحتفظ الشقة منخفضة بالضغط عليها او وضع من او ضمن
صمغ لدن في الخياشيم او انايب من ريش الكتابة ليحصل بذلك التحام لا يكون
معها تضايق فيما بعد

الخامسة اورام الانف

قد يجمد الجلد والمنسوج الخلوي تحته المغشيين للانف في بعض الاشخاص
ويقتضيان ويصيران اسفنجيين ويكتسبان لونا احمر او بنفسجيا وهذا التشوه ينبغي
ان يقاوم بتدبير قاس والغالب انه يحصل من الافراط في المشروبات الروحية
وقد يكون الانف محلا لا ورام لحمية قد تصير ذات حجم كبير فتستطيل الى الصدر
ويتقع فيها الربط اذا كانت ذاعنيق رقيق والافينبغي قطعها قطعاً حلقياً
من قاعدتها بواسطة الة فاطعة لكن ينبغي ابقاء جزء من الجلد كاف لتغطية الجرح
وينبغي ان لا تستعمل الكاويات لان فيها قوة على ان تسرطن منها هذه
الزوائد اللحمية

السادسة ميل الانف الى احد الجانبين

قد يكون ميل الانف الى احد الجانبين خلقياً وهو الغالب وقد يحصل من المداومة
على الامتناع بيد واحدة او من نوم الشخص من تكرر على احد جانبي الانف
واللقافة المسماة بلقافة الانف المعوج قد تتعب المرضى ولا تعدل الانف وينبغي
الاقتصار على امر المريض بالخط باليد المقابلة للجانب الذي مال الانف اليه
او بالنوم على الجانب المقابل للجهة التي اعتاد النوم عليها قبل ذلك

السابعة انفصالات غير طبيعية في الانف

قد يكون الانف محلا لانفصالات غير طبيعية فتارة تكون من جهة احد
جناحيه وتارة تكون مفترقة للعظام والغضاريف المتحدة ببعضها من الوسط
وتارة تصل الى طول قبوة الخنك وتكون مصاحبة للشقة الارنبية وهذا النوع
الاخير يكون دائماً خلقياً واما الانواع السابقة فقد تكون عرضية تصدر

من الجروح التي اهللت حوافها حتى التحم كل منها على حدة بدون انضمام
والطريقة التي ينبغي الجراح ان يتسك بها تختلف على حسب هذه الاحوال فاذا
كانت قشرة الانف متصلة بفتحة الشفة وجب ان يتدأ بضم تلك الفتحات فانه
كثيرا ما يشاهد بذلك تقارب العظام الفكية لبعضها وانسداد الاستطراق
الحاصل من تباعد ما بين الفم والحفر الانفية وينبغي ادماء حوافي الانفصالات
البسيطة الكائنة في ظهر الانف وجوانبه وينبغي ايضا حفظ ملاصقتها ببعضها
بواسطة العصائب الزيجية او اللقافة المناسبة لها ومن حيث ان الجلد والاجزاء
المكونة للانف قليلة التمدد والحركة فينبغي التحرز من ازالته جزئيا منها بالشرط
ومن توسيع الجرح توسيعا يمنع انضمامها

• الثامنة القروح السرطانية في الانف •

لما كان الانف من الاعضاء التي تصاب كثيرا بالقروح السرطانية الاكالة كان
المناسب ان تعالج كعلاج التهاب في بقية اجزاء الجسم بمضادات الالتهاب والقصد
الموضعي والداواة اللطيفة فاذا لم تنجح هذه الوسائط اضطر لافساد اسطحها بالكي
بالنار او بالمرهم الرهجي

التاسعة تأليل الانف

تأليل الغشاء المخاطي الانفي فتدعى كغيرها القطع ثم كي اصولها بتيترات
الفضة الداثب

العاشرة الاجسام الغريبة الداخلة في الحفر الانفية

الاجسام الغريبة الداخلة في فتحات الخياشيم كالبسلة واللوياس والحبوب
المحببة من الورق وفتات الخشب كثيرا ما تسبب الماشد يد في الرأس وسيلانا
من الانف وتقرح الغشاء المخاطي وتسوس العظام المغشاة به وحيث قد فينبغي
الكشف على الحفر الانفية في ضوء نير والوقوف على محل الاجسام الغريبة
بمسبار وخراجها بجفت او بكلاب لاسن له او بالة اخرى تشبهه او دفعها الى الحلق

فقد في هذا السهر لا ينبغي عقب جرح الوجه المحبوب بكسر جدران الخضر
 الانقية لاجتهاد الكلى في انخراج الاجسام الغريبة مع جميع ما يبقى في الجيوب
 المفتوحة بتوسيع انفصال الجلد بالمشروط اذا مست الحاجة اليه وتوسيع
 العظام ايضا بواسطة السكين ذات الزر

الحادية عشر التهاب الغشاء النخاعي

الالتهاب الحاد في الغشاء النخاعي يكون قليل الخطر ويكون منه الزكام المسمى
 عند العامة ببرد الرأس وينشأ من تأثير الاسباب المشتركة بين التهابات الاغشية
 المخاطية لكن الغالب انه يكون نتيجة تأثير الهواء البارد * ومعالجته في
 الغالب تكون بحفظ الغشاء المصاب من تأثير البرد وتوجيه بخار الماء الحار
 الى الحفر الانقية وباستعمال الاستحمامات القدمية وبغير ذلك * واما الالتهاب
 المزمن في الحفر الانقية فيسبب آفات كثيرة الثقل فقد تكون الحفر الانقية في بعض
 الاشخاص محل تجمع اعتيادي اعراضه الواضحة حس ارتباك وامتلاء في مركز
 الوجه وعسر تنفس وسيلان سيال مخاطي يكون دائما شهب مائعا واصفر لزجا
 جامدا اذا رايحة رديئة * فان اشتد الالتهاب احدث في الغشاء الذي هو محل له
 تاكلات غائرة جراحها حوافي ذات شرافات وهي مغطاة بحبوب فيها ارتفاع ما
 وحيث اذا مخط المرئ يصخرج من انفه صديد وكثيرا ما تخرج منه قشور
 ثخينة جامدة منفصلة من اسطح القروح * والالتهاب المزمن في جدران
 الحفر الانقية قد سبب في بعض الاشخاص قروحا غائرة مصحوبة بتسوس العظام
 وقد تمحق اجزاء من العظام الاسفنجية الهشية التي لم يتركز الوجه وحيث قد
 فقد يتصاعد من المرضى بخير تسانه لا تحتمل ويتغير الصوت وتخرج من الخياشيم
 مادة رقيقة سنجابية كثيرا ما تكون مختلطة بفنات عظمية واذا وضع المسبار
 في التجويف الانفي من اسطحه معرأة خشنة مصابة بالنيكروزس وهذا
 الالم كثيرا الحصول في الحيوانات ويسمى فيها سقاوة اودية الخيل * وجميع هذه
 الداءات تستدعي المعالجة المضادة للالتهاب والمصرفة المستعملتين لمقاومة

منه الحاد وهو الزكام

المعالجة

ومنه المزمن

وينشأ عنه زوائد في
 الغشاء النخاعي

قروح في الحفر الانقية
 مع تسوس العظام

معالجة هذه الداءات

الالتهابات الحادة والمزمنة فينبغي اذن وضع العلق على الغشاء المخاطي او تشريطه
ووضع المنقطات على القفا والعضد واستعمال الكمادات المليئة والحقن بمحلول
خفيف من كلورور الكلس وبعض مسهلات وغير ذلك واذا كان المرض نتيجة داء
افريقي كما هو كثير وجب استعمال المعالجة العامة لتبقيته والحقن بمحلول
السليمانى الا كالوينبغي ان تكون هذه المعالجة مصحوبة بتدبير قاس مدة طويلة

الثانية عشر التهاب الجيوب الفكية

جزء الغشاء النخاعى المعشى لجوبة ايجمور قد يقبل الالتهاب على حدته وذلك
مما يسبب في اخذ الماستعصيا وانتفاخ فيه وحى وغير ذلك وقد ينتهى هذا
المرض بنضح مادة مخاطية او بافراز صديد في الجيب الفكى وحينئذ فيعقب الالم
الموضعى ثقل وتورفى الجهة المصابة والمادة المنقرزة اما ان تتخذ لها مسلكا الى الحفرة
الانفية من الفتحة الطبيعية للتجويف المشغول بها او تحدث في غشاء هذا
التجويف ثم يجا وتسير فيه تا كلا وكذا يقال في الصفايح العظمية ثم ان تلك
المادة تفتح لها سبيلا اسفل اخذ وحيث ان الجرح فى الغالب يكون اسفل التتو
الفكى ولا يكون فى الجزء المائل المنخفض من الجيب يستحيل ذلك الجرح بعد
انفتاح الجراح الى ناصور * والدلالة الشفائية فى جميع هذه الاحوال واحدة
وتحصل تلك الدلالة بشق الجزء المنخفض من جوبة ايجمور شقا واسعا لاجل
ان يخرج الصديد بسهولة فيتمكن الغشاء النخاعى من العود الى تميم وطاقته
الطبيعية وذلك له طريقان الاول شق الغشاء المخاطى الفمى من قعر الحفرة
النابية ثم ثقب عظم الفك الاعلى من هذا المحل بثقاب او بيازلة معرافة عن ابوابها
والثانية استئصال الضرس الثانى الصغير وكثيرا ما يستأصل ضرس او انسان
من الجماورين له لاجل ان تتمكن الالة الشاقبة اذا وضعت فى قعر السنخ من ان تفتح
فتحة واسعة فى تجويف الجيب والفتحة فى هذه الطريقة تكون اخفض واسهل منها
فى الطريقة الاولى فينبغى تفضيلها سيما اذا كانت الاضراس متسوسة ولا يحصل
للمريض ضرر كثير من استئصالها او من المعلوم ان المريض فى كلتا الطريقتين

معالجة هذه الالتهاب

يكون جالساً ورأسه مثبت على صدر مساعد وفكاه متباعدان عن بعضهما
 بقطعة من خشب موضوعة بينهما وينبغي فتح زاوية الفم المحاذية للجانب المريض
 بواسطة مساعد معه كلاب لاسن له وينبغي ان يشق العظم اولاً بشاقبة حادة ثم
 بشاقبة لاسن لها فخر زامن اصابة ببقية جدران الجيب وبعد فتحه فتحاً كافياً
 وخروج الصديد منه يدخل في الجرح فتيل ويحقن الجيب بمحقة مليئة وحينئذ
 فيشاهد سر يعان جدران التجويف المريض ردت الى اصلها بعد ان كانت
 متمددة وينسد الناصور ويتم الشفاء وينبغي الاحتراس من انسداد جرح العظم
 سر يعان ويمكن ان يبقى مفتوحاً بواسطة ادخال ابوية تستمر فيه حتى ينتهي الاقراز
 الصديدي بالكلية

الثالثة عشر بوليوس الحفر الانفية

الغشاء النخاعي قابل للتسكاتف والنفوذ في بعض اجزاء منسوجه كبقية الاغشية
 المخاطية بل هو اكثر منها في ذلك تنشأ ازوايد تسمى البوليبوس تعوق نفوذ
 الهواء او تمنعه بالكلية على حسب الحجم الذي يكتسبه ويوجد في جملة محال من
 الحفر الانفية فيكون قرب الخياشيم او جهة الحلق او على القرينات او على الحاجز
 واجزاء الغشاء النخاعي الصغيفة اكثر من غيرها استعداداً لانشاء البوليبوس
 اكثر من الاقل صفاقة والاشخاص المعرضون للزكام اكثر استعداداً للبوليبوس
 من غيرهم وهذه الاورام تظهر عقب احتباس السائلات وانواع بوليوس الحفر
 الانفية ثلاثة حوصلي ولحمي وليفى * فالحوصلي صغير الحجم متكون من منسوج
 خلوي مرشح وتمدد بمصل اصفر وكثيراً ما يكون متبججاً الى بعضه وينشأ
 غالباً في الجدران الوحشية للحفر الانفية وفي اسطحة القرينات وهذه التولدات
 قليلة الخس وتنفتح في الاوقات الرطبة وتضمر في الاوقات اليابسة وقد تكتسب
 شكل جدران التجويف الحاروي لها حتى لا تتميز عنه * والبوليبوس اللحمي قد
 يكون اسفنجياً احر محتقناً بدم ذاعنيق منغرس في معظم الاشخاص قرب الجهة
 الخلفية للحفر الانفية ويحصل منه دائماً ألم شديد واذ اتهمج كان تسرطنه سهلاً

البوليوس الحوصلي

البوليوس اللحمي

البوليبيوس اللينقي

وسائط المعالجة

التجفيف

الكي

الخزام

وحجمه قد يعظم جدا فيملاقع البلعوم وبزاحم اللهاة فيصير الكلام والازدواد
 عشرين وكذا التنفس ايضا * والبوليبيوس اللينقي قد يسبب الاعراض المذكورة
 والالم فيه قليل ومنسوجه يكون ايض ثخيناً منسجماً اذا صلابة وهذه الاورام
 كثيرة الحصول عن بقية انواع البوليبيوس ويندر ان تكون بسيطة وساقها غالباً
 يتفرع الى شعب كثيرة وبعد ان تكتسب شكل الاجزاء الحاوية لها تضغطها
 وتغدها وتحدث لها تآكلاً وتتفرع تلك الاورام الى جملة جهات فكثيراً ما تظهر
 في آن واحد من الخياشيم المقدمة وخلف اللهاة وفي القبة الحنكية واسفل الحلق
 وفي الحفر الصدغية والزوجية وفي الجحاج بل واسفل المخ ونسيج هذه الاورام
 يستحيل بسهولة الى منسوج اسكيريوسى او سرطاني * وقد اوصى اشفاء
 البوليبيوس اولا يقاوم تقدمه باستعمال اللطافات والمسيلات والكي وغير ذلك
 لكن الغالب ان جميع هذه الوسائط غير كافية وانما الحيلة هي العملية الجراحية
 وتكون على كيفية مختلفة هي التجفيف والكي والخزام والكشط والربط
 والاستئصال * اما التجفيف فيحصل بادوية سائلة او جامدة فالسائلة هي
 المغليات القابضة وروح العرقى والخل المقطروا ماء الشب وكيفية استعمالها
 ان تغمس فيها وسائد من نسالة وتدخل بالجلت بعد عصرها عصر مناسباً
 والجامدة هي مسحوقات قابضة مأخوذة من السرو والعفص وزهر الرمان
 ولسيليناى الابل والشب وغير ذلك وكيفية ان يذرمها على وسائد من
 نسالة منسدة توضع على المحل المريض وتأثير هذا التجفيف ضعيف لانه يوهن
 البوليبيوس ولا يبعثه باكلية والتهيج الناشئ عنه كثير ما يزيد في تقدم الداء وثقله
 ولذا ترل من زمن طويل * واما الكي فكان يستعمله المتقدمون كثيراً لزالة
 بوليبيوس الحفر الانفية بالنار او الجواهر الكاوية والاولى تكون باذخال المكوات
 في باطن ابوية وهذا مؤلم جدا ولا يمكن تحديده ويخشى منه حدوث التهاب
 واما الجواهر الكاوية فلا يوجد فيها عيب كبير ويمكن استعمالها في البوليبيوس
 المخاطى الغير الغائر جدا والمستعمل منها كثيراً هو نترات الفضة الدائب
 وكلتاها تين الواسطتين مهجور عند الجلل * واما الخزام فكان يستعمله القدماء

ايضا بحبل ذي عقد كثيرة ثم تركه لكونه غير كاف ولم يستعمل الا ان الافتيل حاصل
لبعض ادوية مقبحة ويسحب جملة حمرات في الخياشيم لاجل ان يحق الاصول
الباقية في بعض الاشخاص من البوليبوس الذي ربط اولا واستئصل وبعد
الحقن الملين مما يسرع في نجاح هذه المعالجة المعدة لتتيم الشفاء الذي هيأته
وسائط اخر * واما كسط زوائد الحفر الانفية فيسبب نزيفا خطرا ولا يناسب
الا اذا كانت الزوائد صغيرة فالوايية ناشئة في المحال القريبة جدا من الفتحات
المقدمة للخياشيم والمقص المنحني على جانبه يخدم اهذه العملية السهلة ثم بعد ذلك
تسكوى اصول الورم بمسها مرات عديدة بنيترات الفضة الذائب وهو وحده
الواسطة الممكن استعمالها في الطوارق التي يكون فيها الاستئصال والربط محالين
وذلك فيما اذا كان البوليبوس مائلا للحفر الانفية وبارزا الى الخارج من
الفتحات المقدمة الانفية وحينئذ يقطع بالمشروط او المقص جميع ما اتصل اليه هذه
الالة ليتمكن بعد ذلك من الربط او الاستئصال * واما الربط فقد اخترعوا له
كيفيات كثيرة نذكر بعضها لتعرف فقط وفائدة ذكرها التمرن واتساع الذهن
لا العمل بها لان اتباع مثل هذه الكيفيات قادر * فن الكيفيات المذكورة
كيفية المعلم ليفريه واستعمالها يحتاج لانبوتين من فضة يتحمان على التوازي
ويكون قطر كل واحدة منهما خطين وطوله ستة قراريط او سبعة وينتهيان بطرف
مستدير مبروم وفي وحشي طرفيهما الثاني حلقة ملتحمة وحاملة العقدة المنسوبة
للمعلم ليفريه تستعمل على هذه الكيفية وهي ان يدخل في الانبوتين من الطرف
انخالي من الحلقات سالك رفيع من فضة تقية طوله نحو قدم ونصف ملفوف
عليه خيط من قنب مشمع لفاولييا ويثبت احد طرفي هذا الخيط في احدى
الحلقتين ويجعل منه عروة سعتها تقدر بقدر حجم البوليبوس والجراح يضع
المريض وضعا مناسباً بحيث يخفض لسانه بنحو ملوك ما سكاله بيده اليسرى ويدخل
بالإمني الالة حتى تصل الى اسفل اللهاة من الخلف وهناك يجثم في ادخال
البوليبوس في عروة الخيط في حصل ذلك جذب العروة الى ساق الورم ثم يشد
الخيط فيختنق البوليبوس ثم يجذب الى نفسه الطرف السائب للرباط ويثبته

الكسط

الربط

كيفية ربط بوليبوس

الفم الخلفي

وكيفية براز دور

وكيفية العملية

في الحلقة الثانية ويرم الانبوبة بين اصبعيه مرارا ثم بعد ذلك يحل طرفي الخيط
 ويرزىل الانبوبة ويضعهما وينتبهما في احدى زاويتي القم او في باطن القم بين اسنانه
 ولاجل ان يزيد الشد على الورم شيئا فشيئا ينبغي ان يدخل ثانيا طرفي الرباط في
 الأنبوبتين وينتبهما فيهما ويفعل الله كما فعلها ولا ومع هذا كله فاعلم ان هذ
 الكيفية عسروا حيانا يكون محالا * واما كيفية براز دور فيجهز لها اولا
 مجلس باللؤلؤ ثانيا الانبوبة المزدوجة للمعلم فويربها وثالثا سلك من فضة مملوف
 عليه خيط من قنبه كما مر وطول هذا السلك مثل ما تقدم ايضا ووسطه
 يتكون الى عروة وطرفاه يتكونان الى حلقتين يضع الجراح فيهما خيطا من قنب
 طوله ثلاثة قراريط او اربعة ويعقد طرفيه بينهما واربعا خيط من القنب
 مشمع يمر في عروة السلك * وكيفية العملية ان يكون المريض جالسا على
 كرسي قليل الارتفاع ورأسه مائل الى الخلف ومثبت على صدر مساعدا والجراح
 ينف امامه منتصبا ويدخل من فم الخيشوم مجلس باللؤلؤ الذي يخرج خلف
 اللهاة وينعطف منتظما حتى يصل زره الى اسفل قبوة الحنك فيربط في زره الخيط
 القنب المثبت في طرفي السلك ويجذب الميل ثم المجلس فيجذب ان معهم الخيط الى
 باطن الانف ويخرجه من الخيشوم ثم يحل الرباط من زر المجلس ويستمر جاذبا له
 حتى يصل طرفا السلك الى الخيشوم وتكون العروة في القم وحينئذ فيذهب
 باحدى السبابتين الى خنف اللهاة ليضع الورم في العروة وضعا مناسبا فاذا اراد
 ان يتحقق جودة هذا الوضع فليجذب الى نفسه طرفي السلك فان لم يجذب اذ دل على
 ان العروة احاطت بالورم فينتدب خلفهما في الانبوبة المزدوجة التي تدفع بقدر
 الامكان الى الخيشوم ثم ينتبهما في حلقة الالة فاذا اراد ان يضغط على عنق الورم
 لوى السلك ليا مناسبا ليس بالشديد ولا بالرخو وذلك بمرم الانبوبة بين اصبعيه ثم
 تبقى هذه الالة في محلها وتثبت في طرفوش المريض لئلا يمكن به من لي الخيط كلما
 استرخت العروة من انخفاض ما احاطت به وضموره وقد لا يحتاج لابقاء
 الانبوبة في الانف بل تخرج بعد لى السلك وترد في كل مرة اريد الى ومتى اخذ
 الورم في الانفصال وحصل سيلان منتن وجب حقن الانف بماء الشب او بكلورور

كيفية ديسول

القلي اوباي سيال كان غسال وتبقى المبادرة بازالة الورم حال ما يشاهد انه
 اتفصل اتفصلا كافيا * وكيفية ديسول تستدعي جهازا يتم برباط طوله
 قدم ونصف مصنوع من خيطين مشعبين مفتولين على بعضهما وعرورة من خيط
 بسيط ذي لون يخالف لون الرباط ومحس بالولادة انبوبة من فضة منخنية قليلا من
 طرفها طولها خمسة قراريط اوستة وقطرها نصف خط ثم بعد ذلك يوضع المريض
 ويمسكه المساعد بحسب المناسب ويدخل المحس في خيشومه وعند وصول زره
 الى القم يربط فيه احد طرفي الرباط وطرفا الخيط البسيط وهذه الاشياء تخرج
 من الانف وتعطى لمساعد والعروة المتكونة من الخيط البسيط الخارجة من القم
 يمسكها هذا المساعد ايضا والجراح حينئذ يدخل طرف الرباط الخارج من القم
 في الانبوبة ويذهب بها خلف اللهاة فيدور بطرفها على عنق البوليبوس
 ثم يدخلها في عروة الخيط البسيط داخعا تلك العروة الى الخلف حال كون المساعد
 جاذبا طرفيها من الاتق حتى يوصلها الى الرباط فتجذب معها من الانف الى الخارج
 وتبقى الانبوبة فارغة وبذلك يعلم ان الرباط قد احاط بالورم وبعد ذلك يدخل طرفاه
 في حاملة العقدة ليسهل عصر الورم وخنقه * والمعلم موسكاني قد نوع الكيفية
 المذكورة آنفا فكان يستعمل ملعقة لافعلها في حافتها تلم بضع فيه رباطا
 طرفاه يوضعان في تلم كائن في السطح العلوي ليد الملعقة ويدخل من القم
 في الخيشوم خيطا يربط في طرفه السفلي طرفي الرباط المحمول للملعقة وبعدده
 يدخل تلك الملعقة في البلعوم ويضع فيها البوليبوس ويجذب الخيط من الانف
 فالرباط حينئذ تسهل احاطته بالورم ويدخل طرفاه في عاصرة العقدة فبذلك
 يتم عصر الورم وخنقه * ومتى كان البوليبوس متجها الى الامام
 وجب ان يتخذ بينه وبين الجسد ران الانفية حاملة العقدة وعاصرة العقدة
 مجتمعين وفيما رباط وعند وصول هاتين الاتين الى ساق الورم يرتق حوله حاملة
 العقدة فيحيط الخيط بقاعدة الورم ثم يخرج الخيط من هذه الالة ويدخل في فتحة
 عاصرة العقدة فبذلك يتم خنق الورم * والمعالجة التابعة
 ان يؤمر المريض بالحمية القاسية عقب الربط واذا انتفخ البوليبوس اتفخا

كيفية موسكاني

نية ربط البوليبوس
لتجبه الى الامام

لمعالجة التابعة

زائدا شرط سطحه شروطا متعددة ويحقن المحل بحامض لتجذب المادة
النقطة السائلة الى الخارج ولينزع التنايج الزديئة التي هي ربما تحصل
من ازدراد هذه المادة واذا كان الورم شاغلا للبلعوم وجب ان يدخل فيه
خيط لينع مقوطه في المزمار وليسهل خروجه زمن سقوطه * وعيوب الربط
هي انه اولا لا يستعمل الا في البوليبوس ذي الساق الذي يكون في الجهة
السفلى لجدران الحفر الانفية وثانيا انه يعقبه انتفاخ التهابي في الورم وهذا
الانتفاخ كثيرا ما تعجبه عوارض ثقيلة كعسر الازدراد واختناق النفس
والحمى الشديدة وسعى الالتهاب الى الاجزاء المجاورة وثالثا ان تباين ببطيئة
الحصول ورابعه انه كثيرا ما يعسر وضعه على الوجه المناسب وخامس انه
قد يتفق ان يتصل الورم فجأة حال النوم فيسقط في الخنجره وينزع التنفس
* ولما كان ربط بوليبوس الحفر الانفية عملية كثيرا ما تكون عسرة ودائما
هي شاقة واحيانا محالة كان الاستئصال هو المقبول اكثر منها عند الجراحين
فاذا كان البوايبوس حوصليارخوا استعمل في استئصاله الجفت الذي يكون
في شعبته تقرب كالمصفاة فيسكن به جزء من البوليبوس ويجذب بحركة التوائية
على مرات عديدة حتى تنظف الخياشيم من جميع البوليبوس والتزيف الحاصل
من هذه العملية يجفف بالغسل بعض مرات بحامض * واذا كان البوليبوس
صلبا استؤصل بجفت مسنن او بالجفت الكلابي واجتهد في جذبه من الخياشيم
المقدمة التي اذا كانت فتحت ضيقة جدا وجب شق الجهة من دائرتها واذا كان
شاغلا للبلعوم ولا يمكن جذبه من الاتف استؤصل من القم بجفت منحن من طرفه
وعلى كل حال فان لم يكف الجفت الاول لاتمام العملية ابدل بالثاني او بالثالث
او بالرابع ليكون الجفت واصلا لجسم البوليبوس وصولا كليا * واعلم ان
استعمال قاعدة الاستئصال هو الغالب لانها اعمن واسرع واسهل من بقية
القواعد ونصح في جميع الطوارق وانما كانت اعمن لان بها يستأصل اقصى اصول
البوليبوس مع ان بقية القواعد يبق بعد استعمالها دائما بعض اجزاء منه واسرع
لان بها يتخلص المريض من الداء في زمن قليل واسهل لان بها يتمكن من القبض

عيوب الربط

الاستئصال

استئصال البوايبوس
الصلب والحمى والليفي

منافع الاستئصال

على جسم الورم * واعلم ان الغشاء المخاطي المغشي للجيوب الفكية وغشاء بقية
 اجزاء الحفر الانفية مستعدان لان ينشأ فيهما البوليبوس وطبيعة هذا الورم في
 الغالب ليفية فاذا نشأ في نقطة من السطح الباطني للجيوب الفكية ملاء هذا
 التجويف سر يعاومدد جدراته ثم تارة يسعى نحو القم وتارة الى جانب الخد وتارة
 للجياب وتارة للحفر الزوجية وتارة لباطن الانف واحيانا ينتشر في جميع هذه
 المحال في آن واحد واول المشاق التي تصاحب ظهور البوليبوس المماثر غير حاد
 يحصل في احد الخدين وكونه ثقلا وتعبا تظهر من كونه الما وبواسطة هذه العلامات
 سيما التشوش الميكانيكي الحاصل في الاجزاء المختلفة للقسم الفكي لا يشك في
 طبيعة المرض ومجلسه والواسطة الوحيدة لمعالجته هي ازالة الورم وتحصل بفتح
 الجيب الفكي على ما ذكرناه في خراجات هذا الجيب ويكون ذلك الفتح من حافة
 السخاوم من الحفرة النائية وينبغي ان يكون اتساع الفتحة على حسب حجم الورم
 الذي يقبض عليه بحيث كلابي فاذا كان ذاعنيق كفي لاستئصاله من نقطة
 التصاقه بعض حركات التوائية تفصله من محل اتدغامه واذا كان حجمه عظيما
 استوصل جزأ فجزأ واذا كانت العملية شاقة طويلة وجب تفريقها على
 محال ومع ذلك يجتهد في ايقاف النزيف بسدادات من نسالة ويستعمل هذا
 الاجتهاد مع الاحتراس ايضا بعد استئصال الورم استئصالا تاما واحيانا
 يلجئ لسد الحفر الانفية ومن المعلوم انه متى فتح الجيب الفكي وجب حال سد
 فتحتي انخياشيم سد الجرح الذي جرح بان يدخل فيه كراة من نسالة مغموسة
 في القلعونيا

الرابعة عشر فطر الجيوب الفكية

الجيب الفكي يدل ان يكون مشغولا بالبوليبوس قد يكون مملواً بكتلة فطرية
 ملتصقة بجميع جدراته وذلك يستدعي انه بعد فتح الجيب قتحا واسعا يستأصل
 معظم هذه الكتلة ثم يكوى مركز عظامة الفك بالمكواة وبذلك يقف النزيف
 وتنمحق اصول الداء في آن واحد وكثيرا ما ينبغي تكرار الكي في هذه العملية

وتكرر ايضا ما دامت جدران الجيب تشي هذه التولدات القطرية

الخامسة عشر الرعاف

المعالجة الجراحية للرعاف تكون بسد الفتحات المقدمة والخلفية للحفرة الانفية التي هي محل له ويكون هذا السد محكما ولا يستعمل الا اذا كان سيلان الدم غزيرا يخشى منه على حياة المريض واستعصى على استعمال جميع ما ينبغي فعله كالخفن بالماء البارد ممزوجا بالخل وبماء رايسل المزدوك والوضعيات الباردة على الانف والضغط عليه بالاصابع والاستحمامات القديمة الحارة جدا ونحو ذلك * وجهان لسد الحفرة الانفية مركب من اشياء فاولا يحسر بالولقة فان لم يوجد ابدل بقضيب من القيطس او من الصفصاف ويكون رفيعا جدا في طرفه شرم صغير ليثبت فيه خيط وثانيا كرامة من نسالة ذات حجم كاف لسد الفتحات المقدمة والخلفية للحفرة الانفية وثالثا حيليل مكون من اربع طاقات او خمس من خيط مجموعة على بعضها رشة معة وطول هذا الحيليل قدم ونصف ينشئ من الوسط ويثبت في هذا الوسط تثبيتا قويا بعقدتين كرامة من نسالة حجمها يوافق الفتحة الخلفية لكل من الحفرتين الانفتحتين * وكيفية العملية ان يجلس المريض امام كوة وتثبت راسه على صدر مساعد حافظ لها ويدخل في الخيشوم الخارج منه التزيف الجحش للذ كور انقام مطبوقة فامدها نابتة من مقعره يلي الاسفل وعند وصوله الى البلعوم يدفع الميل الذي يتخذ حالا في الفم فينثني سهل مسجكه بحيث او بالاصابع ويربط في زره طرفا الحيليل الحامل للسداة ثم يجذب الى الخارج مع انبويته فيجذب الخيط الى الحفرة الانفية ومعه الكرامة من النسالة فتقف في الفتحة الخلفية لهذا التجويف ثم يسلم الحيليل لمساعد يجذبه الى الامام ثم تدخل في الخيشوم كرامة من نسالة وتوضع الاخرة بين طرفي الحيليل وتثبت فيهما بعقدتين وبعد اليوم الرابع تقطع الاخيطة ويسهل خروج الدم الخارج بمحقن الحفرة الانفية بالماء القاتر

سد الحفرة الانفية

كيفية العملية

الباب الثاني في افات الحيليلات العصبية والعامود الشوكي

وهي اهذى عشرة آفة

الاولى الجروح

اعلم ان الاعصاب هي الموصل للحمس وللأشعة المخيلة التي بها تكون جميع الحركات وهي كبقية اعضاء الجسم معرضة للتأثر من الاجسام البادية وتسهل معرفة جروحها ولو كانت معصوبة بجروح الاجزاء الرخوة المحيطة بها بواسطة الاعراض المخصوصة بها والعوارض المصاحبة لها التي هي كثيرا ما تكون ثقيلة جدا والتأثير المخزنة التي تصدر من تلك العوارض * ثم ان جروح الحبيلات العصبية اما ان تكون وخزية ومثلها تفرق الاتصال الغير الكامل وهذا يحصل منهما الم شديد دائم وضجير وتسببات واختلاجات بل والتيتنوس والموت ايضا * واما ان تكون تفرق اتصال كامل وهذه لا يحدث عنها مثل هذه الاعراض بل الذي يحدث عنها الخدر وعدم الحس والنمل في طرف كامل او جزء عظيم منه اذا كان الخدع العصبي المجروح هو الموصل لحياة ذلك الطرف والجزء العظيم منه * واما ان تكون رضاقويا يبطل تنعيم وظائفها حالاً ثم اما ان تعود الى مجراها الطبيعي او تبطل بالكلية على حسب كون العصب يشفى ويعود الى حالته الاصلية او يحصل في نسيجه تغير عظيم * واما ان تكون ارتجاجا وانزعاجا في الحبيلات العصبية في اى جزء من اجزاء الجسم او في جميع المجموع العصبي وهذه يحصل منها الخدر وعدم الحس الكلى او الجزئى ويشاهد جميع ذلك في الاشخاص المصابين في الحروب بالاجسام المقذوفة او بالرصاص الكبيرة الحجم * ثم ان الاعضاء المصابة بالوخز او بتفرق الاتصال الغير الكامل قد تعود الى ممارسة وظائفها بممارسة كاملة وقد يرهن ايضا بامتحان جيد على ان الاعصاب المصابة بتفرق الاتصال الكامل تتحد ببعضها ثانيا فتعود مداومة العلاوة السكائنة بين المخ والاجزاء المتوزعة هي فيها * واما المعالجة في اصاب عصب بالوخز او بتفرق الاتصال الغير الكامل وجب اولاً ملازمة المريض للراحة الكاملة واستعمال الوضعيات الملائمة المسكنة والاستحمامات والمخدرات

الجروح اما وخزية

او تفرق اتصال كامل

اورضية

او ارتجاجية

الانذار

المعالجة

الخليقة من الباطن فان لم تنفع هذه الوسائط في تسكين العوارض وطهرت اعراض ثقيلة ينبغي حالاً ان يشق شق فوق محل اصابة العصب ويستقصى عنه في قرار الجرح ثم يقطع العصب المصاب بالعرض وهذه العملية اُمن واقل الما من كى الجرح بواسطة النار او بالدرتو كاورور الانجيون السائل وبعد قطع العصب ينبغي ابقاء الطرف على راحته وينتظر اجتهاد الطبيعة في رد وظائف العصب المصاب بتفريق الاتصال ومما ينفع جداً لذلك المنبه والتنطيل بالماء المعدني وبقيّة الوسائط من هذا النوع والدلت المعاون باعطاء المقويات المنتشرة من الباطن تنفع ايضا في الارتجاج الشديد وكل استقراغ دموى لا يتففع حال خدر المجموع العصبي

الثانية البثور الجياشي الالتهاب الحاد في الاعصاب

يندر وجود الالتهاب الحاد في الحبيلات العصبية فاذا وجد فينبغي ان يعالج كيفية الالتهابات

الثالثة الالتهاب المزمن في الاعصاب ويسمى اوجع العصبي

البثور الجياشي اى الوجع العصبي آلام مختلفة تكون في طول الاعصاب وقد تتبع تقرعاتها ومعظم البثور الجياشي يسمى باسماء الاعصاب المشغولة به فقد يكون مجلسه في العصب الجباجي الجبهي ويسمى بالبثور الجياشي الوجهية وبالتالي المولم اوفى الجباجي السفلى اوفى الشعبة القسكية من العصب التوحي الثلاثي * فاذا كان في العصب الجباجي الجبهي ابتداءً آلام من الثقب الجباجي وامتد الى الفروع المتوزعة في الجهة والجفن العلوي والعيمة الدمعية والى الزاوية الانفية للاجضان واحياناً يكون معظمه في الججاج * واذا كان في الجباجي السفلى احس بالآلم في مسير الشعبة تحت الفك من العصب الوجهي الثلاثي وعلى الخصوص في الفروع الجباجية السفلى وكثيراً ما ينشأ من الثقب تحت الججاج ويسعى الى الفروع المتوزعة في الخد والسفلة العليا وبخاخ الاتفا والجفن السفلى والزاوية الوحشية للعين واحياناً يصعد جهة منشأ العصب الثلاثي خمس

البثور الجياشي الجبهي

البثور الجياشي تحت الجباجي

به في الاسنان والجيب الفكي والالهاة والغلصمة وقاعدة اللسان وفي بعض الطوارق
 يتشرف في احد جانبي الخد فيحدث فيه اتقباضات تشنجية ويبتدئ الالم غالباً
 من الثقب الذقني ويتبع الاعصاب الذاهبة الى الذقن والشفتين ويصعد الى القناة
 الفككية ويسعى الى الفريعات الناشئة من هذه الشعبة والى الاسنان والاسنخة
 واسفل الذقن وجانبي اللسان والصدغين وقد تدر مشاهدة البنور الجيا الحرقفية
 الصغنية واعراضه الم شديدة شاغل لمسير فروع الزوج الاول القطني التابع للعرف
 الحرقفي او المصاحب لحبل الاوعية المنوية * والبنور الجيا الفخذية المابضية اي
 عرق النساء قد يشغل العصب العظيم الوركي واعراضه الم كثير الشدة او قليلها ينشأ
 من الشرم الوركي ويمتد الى الجهة الخلفية للفخذ بحسب مسير العصب وقد يسعى
 الى الخافة لوحشية للساق بل الى الاخص والفخذ المصاب لا يكون احمر ولا منتفخاً
 وحركته تكون عسرة مؤلمة وامامة هذا الداء فغير منتظمة فانه قد يزول في بعض
 ايام وقد يطول مدى حياة المريض * والبنور الجيا الفخذية القصصية مجلسه
 مسير العصب الفخذي ويحس به في اتجاه هذا العصب من الاربعة الى الرضفة
 وتارة في طول اخافة القصصية للساق وفي ظهر اقدم واما سيره ومدته فلا يختلفان
 عن السابق (البنور الجيا الاخصية نادرة والالم يكون مقصوراً على مسير العصب
 الاخصى * والبنور الجيا الزندية الاصبعية يمتد فيها الالم من المحل المار فيه العصب
 تحت التواء التقي الانسي الى ظهر الكف وحافته الزندية وهذا الالم قد يشبه الالم
 الحاصل من فعل جسم راض في هذه الجهة من المرفق * ومعالجة هذه الادواء
 الخفية الاسباب قد استعملوا فيها وسائط كثيرة ومعظمها القصد العام والموضعي
 والمقيئات والمسهلات والموضعات النخمرية والمنفطات والمسكنات والنطولات
 والدلك الزبقي والكهربائي والمغناطيس وقطع العصب وازالة جزء منه بالشق
 او بالكي ومدحوا في وجع العصب الوجهي حبوب الطيب ميجن المركبة من اجزاء
 متساوية من اوكسيد التوتيا وخلاصة البخ الاسود والورياتا البرية وتعاطى هذه
 الحبوب يكون صباحا ومساءً ويزاد في الكمية تدريجاً حتى تبلغ الاربعين واذا لم تنجح
 هذه الواسطة كبقية الوسائط ينبغي كذف العصب وقطعه بالعرض ولزيادة

البنور الجيا الحرقفية
 الصغنية

البنور الجيا الفخذية
 المابضية اي عرق النساء

البنور الجيا الفخذية
 القصصية

البنور الجيا الاخصية
 البنور الجيا الزندية
 الاصبعية

المعالجة

عرق النساء

الامن ازالة بجزء منه وهذه العملية تنجح بجملة مرات ومع ذلك فليست بالكيدة لان نغمات بقية الاعصاب توصل سلطنة المخ الى الشعب المصابة فيعود الالم ثانيا والوجع العصبي الصغرى يستدعي القصد العام ووضع العلق على الشرج والاستحمامات العمومية والجلوسية والوضعية الممكنة والمسكنات من الباطن ايضا ووجع العصب القحذى المابضى المعروف بعرق النساء يستدعي استعمال العلق والمخاجم على مسير العصب سيما محل الالم واذا لم تنجح هذه الوسائط فلتوضع منقطة عريضة او المقصى فانهما اقوى الوسائط الشفائية لمقاومة هذا الداء اما بقية انواع اوجاع الاعصاب في الاطراف فعالجتها واحدة تقريبا

الرابعة اورام الاعصاب

الالتهاب المزمن في الاعصاب قد ينشئ فيها اوراما فتارة تكون متكونة من المنسوج اللينى والمصلى وتارة تتسربطن واما هنالك عائق يمنع اتصال هذا النوع من الاورام وينبغي حينئذ كما يفعل في قطع جزء من العصب ان يبتدأ بقطع الجزء المرتفع كثيرا من هذا العصب لاجل ان لا يحس المريض بالالم الصادر من هذا القطع الامرة واحدة

الخامسة الدرن المؤلم تحت الجلد

قد يوجد تحت الجلد اورام صغيرة صلبة متحركة مؤلمة تؤلم جدا من ادنى تمز ثم يصير وجودها غير محتمل والظاهر ان مجلس هذه التولدات القروع العصبية تحت الجلد واذا كانت الوضعيات المليئة المخدرة غير كافية لازالتها ينبغي ان يشق الجلد الذى يعملوها وتغسل بكلاب ثم تقطع وهذه العملية سهلة الاتمام ويعقبها دائما شفاء كامل

السادسة حرج العامود الفقارى

الافات الصادرة من الاجسام البادية اما فى الاجزاء المحيطة بانخفاض الشوكى

الواقعة له اولى تعين النخاع لاستدعي في الجراحة عملية البتة بل الوسائط اللازمة
لستعمالها هي ان يلزم المريض الفراش ويكون مضطجعا مضطجعا به
تقل المشقة بقدر الامكان ويستعمل الفصد العام والموضعي خصوصا وتغطي
الجهة المصابة بالمكدمات الملية وتعطى من الباطن المشروبات اللطيفة
وقد يضطر احياانا لان يتدأ بتبعيد ما يصاحب الجرح ثم ان كانت الافة وخزا
فلا تستدعي معالجة مخصوصة وان كانت شقا بسيطة اذحت بإقتناء الى بعضهما
بواسطة العصائب الزجة .

السابعة ارجاج النخاع الشوكي

النخاع الفقاري بسبب لطافة بنيته وكونه مثبتا في قناته تثبيتا غير متين
قد يفسد من انزعاج شديد جدا ولفايقه قد تمزق وتذهب من ذلك فن ذلك شوهه
عقب سقطه على القسم القطني شلل في الاطراف السفلى والمستقيم والمثانة مع شلل
الاطراف العليا ايضا عقب ضربة تشديدة على القناتين ان يكون في الفقرات
كسرا وخلع وخطر شلل الاجزاء الاتي لها الاعصاب من النخاع الشوكي
امقل الحمل الذي حصل فيه الانزعاج يقف كثيرا اذا كان محل الافة اعلى والافة
تكون مهلكة اذا حصلت قرب وسط السلسلة الفقارية لان العضلات التنفسية
حينئذ قد سلطنة المخ اللازمة لانقباضاتها * ومعالجة ذلك لها دالان
الاولى منع حصول الالتهاب بالفصد العام والموضعي والثانية ايقاظ المجموع
العصي بواسطة المنبهات من الخدر الواقع فيه بسبب الانزعاج ويستعمل انيل
ذلك الدلت ، ليابس او لوطب بسيل روجي كروح العرق المكوفروبالادهان
الطيارة وبصبغة الذراريح وتستعمل ايضا المنقطات على مسير السلسلة
الفقارية غير ان هذه الوسائط ينبغي ان تكون مسبوقة بالاستفرغات الدموية
المتكررة بحسب قوة المريض وحالة النبض وينبغي ان يراعى بإقتناء كل سيرا البول
والمواد الثقيلة فيستفرغ البول بواسطة القناطير مرتين او ثلاثا في اليوم اذا لم
يخرج بالاختيار

المعالجة

الثامنة كسر الفقرات

كسر الفقرات يكون غالبا من ضربة او سقطة او اصابة جسم مقذوف من الاسلحة النارية والذي ينتج عنه الم شديد جدا يعقبه الخدر بل الشلل في الاطراف السفلى والمثانة والمستقيم اذا كانت الآفة في القسم القطني من السلسلة الفقارية وشلل هذه الاجزاء يصحب شلل الاطراف العليا مع عسر التنفس اذا كان الكسر حاصلًا في الجزء السفلي من العنق * والمعالجة لذلك كمعالجة الارتجاج السابق واذا كان كسر الفقرات حاصلًا من جسم مقذوف من اسلحة نارية ينبغي توسيع الفتحة الحاصلة من هذا المقذوف واخراج الاجسام الغريبة والشظايا العظمية المنفصلة ثم ينتظر اجتهاد الطبيعة * وانذار هذا الداء خطر دائم والاطراف السفلى من حيث انها مصابة بالشلل تلزم المريض بان يلزم الفراش دائما وبالاستلقاء على الظهر وذلك مما يسبب فيه خنك ريشات غشائية تحدث قروحا عظيمة السعة تعرى في اكثر الاوقات العظام ثم تحدث الحمى البطيئة والاسهال الكوليكيواتيفي اى الذوباني فهلك المريض

المعالجة

الانذار

التاسعة وثى الفقرات

وثى الفقرات اندر من كسرها ولا يحصل في الجزء القطني ولا الظهرى فلا يمكن حصوله الا في الفقرات العنقية حيث ان اقوى حركة عنيفة لا يمكنها ان ترابغ الفقرات الظهرية ولا القطنية عن حملها الا بعد كسرها اياها وجميع المؤلفين يتفون ايضا امكان حصول وثى الفقرات الخمس الاخيرة العنقية واما هنالك احد ينكر وثى الرأس من الفقرة الاولى ولا هي من انشائية فان كلامنا هذين الوثيين متوكك وكثير الحصول ووثى المؤخر من الفقرة الاولى فجأة فهلك المريض بسبب انضغاط وفساد بنية مبدأ النخاع الشوكى واما الوثى الحاصل تدريجيا فقد لا تنتج منه نتائج محزنة لان الطبيعة تعتاد على انضغاط بطي غير محسوس فتحمّل الزرع اذا كان شيا فأنشأ وثى الفقرة الاولى انقوية من

الثانية الذي هو ليس بنادر جدا تنزل الكتل الجانبية عن الزوائد المفصلية
 للفقرة الاولى على التتواتر المفصلية للفقرة الثانية فاحدا للتوين من الفقرة الاولى
 يذهب امام المخاضى له من التتوين المفصلين للفقرة الثانية والثاني يذهب خلفه
 وفي هذا الخلع سواء تغيرا تتواتر السابى عن محله اولم يتغير تضيق القناة فينضغط
 الخضاع الشوكى ويحصل له انتواء يمزقه ومثل هذا الخلع يقتضى ان يكون عمتا
 في الحال فان كان غير كامل ومصادرا من استرخاء الاربطة فربما يكون اقل خطرا
 * واما المعالجة فمن المعلوم ان خلع فقرات العنق لا يستدعى الاجتهاد في رده
 اصلا فمن العقل تركه الا اذا كان في الخضاع الشوكى انضغاط او اراد المريض رد تلك
 الفقرات مطلقا فيجب ان يخلص التتواتر المفصلي للفقرة العليا بتميل الرأس اولا
 جهة الجانب المائلة اليه ثم ردها الى استقامتها بحركة برمية مضادة للحركة
 التي بها تم الخلع وهذه الطريقة بقدر خطورة جدا وربما قتلت المريض بضغطها للخضاع
 الشوكى اكثر من الضغط الحاصل من الفقرة المنخلوعة وعدم تحريك الرأس يمنع
 من رد الوتقى

الحاشية الاستسقاء الفقارى او استسقاء القناة الفقارية او الاسيينا بيفيد

الاستسقاء الفقارى على نوعين لانه اما ان يكون مع آفة في الجدران العظمية
 للقناة الفقارية او من غير آفة فالاول منهما وهو سهل المعرفة يكون بتجمع مصل
 في اغشية السلسلة الفقارية مع تباعد الجدران الخلفية للقناة العظمية او فقدتها
 والموجود بدلها غشاء متعدد على هيئة حوصلة مكونة لورم شاغل للجهة الخلفية
 من السلسلة الفقارية ويكون في انقسامين القطبي والجزى اكثر منه في الظهرى
 والتفوى وكثيرا ما يكون الاستسقاء الفقارى مصحوبا بالاستسقاء الراسى وصفته
 ورم رخو متوج في اسفل الظهر وقد يوجد هنالك اكثر من ورم وفي الطوارق
 السادة لا يوجد فيه الا ورم واحد طوله يشغل السلسلة الفقارية كلها واحيانا
 يدل الورم توجد فتحة فاصورية يسيل منها المصل على الدوام وهذا الاستسقاء
 الفقارى او الاسيينا بيفيد في الاطفال داء مهلك والبرز فيه لا يحصل منه دائما

الاتساع محزنة فينبغي ان يقتصر على الوسائط الموصى بها في معالجة الاستسقاء

الحادية عشر زرع السلسلة الفقارية ويسمى واثبوت او الحدية

زرع السلسلة الفقارية نتيجة الالتهاب المزمن المحدث للين جسم الفقرات وتسوسها واحيانا لانتصاب الفقرات واحدة وتارة اكثر من واحدة وحيثئذ فلا يكون تلك الفقرات تفقد المقاومة اللازمة لتحمل ما عليها تنخفض وتنضغط فتفقد الفقرات التي تعلوها القدم مسندها فتسقط ويخفض جسمها ويرتفع نتوها الشوكي فتكون تحت الجلد في وسط الجزء الخلفي من البطن وربما بارز يسمى بالحدية واذا حصل هذا التغير في جلة فقرات معا كان التقوس اعظم فينبغي تحذير حقيقي وانضغاط عظيم في النخاع الشوكي ويحس من ابتداء المرض بخدر وانح في الاطراف السفلى فتنتشئ من نفسها تحت ثقل الجسم فيضطرب دائما لفعل العضلات الباسطة مانع هذا الالتئام ثم يزيد ضغط هذه الاجزاء سر يعاوت بطل قوتها وتفقد الحساسية ويحصل شلل في المشاة والمستقيم ونصاب اعضاء التناسل بالخدر فيضطرب المريض لالزمة الفراش حتى تنتهي حياته المحزنة * والتشريح المرضي اعني فتح الرم اثبت ان التغير الحاصل في اجسام الفقرات لا يكون دائما على حد سواء بل تارة يكون لينا بسيطا والعظمة تفقد جساوتها لكونه لا يوجد فيها كمية كافية من فوسفات الكلس وهذه الحالة تشاهد في الاطفال الذين غلب عليهم الداء الخنازيري واصيب المجموع العظمي فيهم بلين يقرب من ان يكون عاما وتارة تكون العظمة مصابة بتسوس يابس يشبه تسوس الخشب ولكن لاوعية لماصة ازلت منها اجزاءها الدقيقة فلم يبق فيها قشبان ولا اجزاء منفصلة وهذا الحالة ثالثة ايضا وهي تسوس حقيقي او تقرح في الجوهر الاسفنجي محبوب بمادة صديديه مجتمعة في بورة قد تكون قريسة للفقرات المريضة لكن الغالب ان تكون بعيدة عنها وهذه الافة تكون في الغالب مصحوبة بخراج كائن في ثنية الاربية او في الجهة السفلى من القطن او في الجدران البطنية والصديد النائي من تسوس

التشريح المرضي

الخراج بالتجمع

معالجة

معالجة الخراجات بالتجمع

يسير في طول الاوعية في المحال المذكورة ثم يكون خراجا بالتجمع يكون مهلكا في الغالب * والخراج بالتجمع ان تنسوس الفقرات فيتسبب عنها كما ذكرنا خراجات عرضية اى بالتجمع وتتكون في محل بعيد عن مجلس التنسوس قرب الجهة السفلى من الجذع اما في القسم الظهري او في القسم القطني الجزى او في حافة الشرح او في ثنية الاربية او في الجزء العلوى من الفخذ وقبل ظهور الخراج بزمان قليل يحس المريض بالام مستبطن شديد في الظهر ثم يرتفع في احد المحال المذكورة ورم ليس معه علامات التهاب البتة وخرخوخ غير مؤلم متموج بطىء النمو ينتهى بالاتفاخ فيسيل منه صديد لا رايحة له فيه بعض ثخن ويختلط غالباً بدم زلالية ثم يفسد هذا الصديد سريعاً من مماسة الهواء وتحدث الحمى البطيئة والذبول ويسرع هلاك المريض كلما كانت المسافة بين الخراج وينبوع صديده قرسة * والمعالجة لهذا المرض ان تقاوم اولاً الاسباب المهيئة كالمزاج الضعيف اللينقاوى وثانياً تقاوم الفعل المتسلطن لبعض العضلات او الاعتيادات المعيبة التى حصل الزيف من تأثيرها وثالثاً ان يتمسك بالوسائط الصحية كالاغذية الجيدة والرياضات التى تصارع الهواء اى تدفعه والسكنى في الهواء النقي ورابعاً اعطاء الادوية المرمية من الباطن وخامساً الكى والمقصود على جانبي الخدية ويضاف على هذه الوسائط استعمال الاستحمامات في البحر ومن الماء المعدنى واوصى ايضا بالاكات لتعديل الجذع لكنها غير كافية بل في الغالب خطرة * ومن خصوص الخراجات بالتجمع فالطريقة فيها ان يتباطأ في فتحها بقدر الامكان اعنى انها لا تفتح الا متى استرق الجلد وحان انفتاحه وليكن الشق صناعياً صغيراً جداً بقدر ما يمكن احتراساً من دخول الهواء الذى يلهب جدران البورة ومسير الصديد بل اصل ينبوع الداء لان ذلك كله مما يسبب الموت سريعاً فلذا يستعمل في الشق بازلة صغيرة مسطحة او مشرط ذو نصل رقيق يوخز به مع الانحراف الجزء الاكثري ميلاً وانحداراً من الورم ويحرص على ان لا يستفرغ الصديد الاشياء فشيئاً ليكون الكيس الصديدي وقت رجوعه على نفسه وضياعه ومن الواجب ايضا ان يبقى فيه شيء من هذا السائل ثم بعد ذلك كله تقرب

حافات الجرح وتسد بقطعة من الدباخليون

الباب الثالث في امراض المركز المخي وفيه فصول الفصل الاول في آفات الجمجمة وهي ثنتان

الاولى الجرح

لو كانت العظام والابزاء الرخوة المحيطان بالجمجمة موجودين في غيرها من
اجزاء البدن ولم يكن لهما ارتباط بالمخ لما استدعت جروحهما معالجة مخصوصة
بل كانت تدخل في جملة الاعمال الجراحية المعتادة لكتهما لما كانا قريبين
للمخ وانما يفقه ويسهل مشاركته لهما في الافة كان الخطر في آفات الجمجمة
كثيرا وعملياتها كثيرة ففي الطوارق التي يكون فيها جلد الرأس وعظامه
مجروحين من غير وجود علامة تدل على آفة في المخ ينبغي زيادة عن المعالجة
البسيطة للجرح ان يجتهد في استعمال مضادات الالتهاب لئلا يسعي التهيج
والالتهاب الظاهران الى المخ وانما يفقه ثم ان الجروح الظاهرة في الاجزاء الرخوة
من الجمجمة اما ان تكون وخزية او قطعية او رضية فالجروح الوخزية هي التي
تكون من الاجسام الواخزة كالرماح وحرية البندقية وهذه ان لم يبق في الجرح
منها اجسام غريبة استدعت حلق الرأس وتغطية حواف الجرح بالوضعيات
المليئة * وليس من النادر عقب هذه الافات مشاهدة التهاب المنسوج
خلوى السكاثن تحت الوتر العريض فوق الجمجمة وحدوث ذلك يوجب عوارض
ثقيلة تصدر من التهاب هذا المنسوج بسبب الانضغاط واعراضه ثقل يمتد
الى الرأس كالمسا والمثقل اكثر من كونها حادا وحى ثم ظمورا لخراجات
حوالي الصدغين والقسمين الحليين ثم تعرية عظام الجمجمة فهذه هي
الاعراض الرئيسة والنتائج التابعة لهذا الداء ولا ينبغي فيه اعطاء المعيشات
الموسى بها من المؤلفين بل ينبغي ابدؤها بانقصد الموضع حال ما يشاهد ان الاجزاء
المحيطة بجرح الجمجمة ورمت والتهبت وصارت مؤلمة زيادة عما يقتضيه نفس

التهاب المنسوج الخلوى
تحت الوتر العريض

الجرح في حد ذاته مع كون الوسائط الواجبة قد استعملت وإذا لم يتقع ذلك القصد
فلتشق الاجزاء الرخوة شقا هليسيا يصل الى حدود الالتهاب واطلاق الاختناق
الذي يحصل من هذه العملية يوقف تقدم الداء * وإذا جرح عصب من آلة
واخزة كالعصب الحاجبي وجب قطعه حالا بالعرض من بين الجرح والمخ لان
العوارض الناتجة من هذه الافة ثقيلة جدا لكونها قريبة من المخ فلذلك لا ينبغي
التراسخ فيها * والجروح القطعية هي التي تحصل في جلد الجمجمة من ضربة
بسيف او غيره من الالات القاطعة وهذه ينبغي فيها بعد خلق شعر الجهة المصابة
ان تضم حوافي الجرح حالا بجملة قطع من لرق ملتصقة وإذا كان الهدب منفصلا
انفصلا عظيما من اعلى الى اسفل بحيث لا يمكن رفعه وتثبيتته بالزرق وجب ان
يثبت بغرز خياطة في حافته العليا فاذا انفصل جزء عظمي وبقي ملتصقا بالجلد
وجب رده الى محله مع الهدب الجلدي او فصله واستئصاله قبل ضم الهدب
الى ما تحتسه من الاجزاء وذلك هو الاحسن * ثم ان حفظ الانضمام
للجروح القطعية في الرأس يوجب ان يقوى فعل العصائب اللزجة بالرباط
الضام وهولها فة تختلف على حسب كون الجرح طويلا متجها من دائرة
الجمجمة الى الهامة او عرضيا متجها الى جهة محيط الدائرة المذكورة *
فالاول وهو الرباط الضام للجروح الطولية ان تؤخذ لفافة طويلة تلف على
هيئة اسطوانتين وتوضع رفائد درجسية على طول تفرق الاتصال ويوضع الجزء
الكائن بين الاسطوانتين من اللفافة على الجانب المقابل للجرح من الجمجمة
ويذهب بطرفيها نحو الجرح او يصل بالان على حافته المتقاربة او يشق احد
الطرفين ويدخل فيه الاخر ثم تلف على الرأس بجملة لفات حتى تنتهي الاسطوانتان
* والثاني وهو الرباط الضام للجروح العرضية ان تؤخذ رفادتان طول كل
واحدة منهما ذراع وعرضها بقدر طول الشق ولفافة اخرى طولها عشرة
اذرع فبعد معالجة الجرح بما يناسب توضع احدى الرفادتين من اعلى الجرح
والاخرى من اسفله بعد ان يشق احد طرفي كل من الرفادتين الى سيور ويؤتى
باللفافة فيثبت الطرفين الاخر من كل من الرفادتين بلفات منها ثم تصالب سيور

اثنان الاخيطة العصبية
الجمجمة

الجروح القطعية

الرباط الضام

الرباط الضام للجروح
الطولية

الرباط الضام للجروح
العرضية

الجروح الرضية

الرض

كيفية تكون الخراجات

المعالجة

اللقافتين على الجرح مع شد سيور كل لقافة لغير جهة لينضم الجرح بذلك ثم
يثبت هذا الانضمام بلف بقية اللقافة على تلك السيور المتصالبة فإذا خيف
من ذهاب هذه العصابة الى اعلى فلتوضع عصابة اخرى تحت الدقن ويثبت
طرفاها على الصدغين في تلك العصابة * والجروح الرضية هي التي تحصل
من تأثير الاجسام الراضة كالسيوف والغير القاطعة والحجارة والعصى او من
الاجسام المقذوفة من الاسلحة النارية ومعالجتها لا تختلف عن معالجة تفرق
الاتصال المذكورة آنفا والصادرة من الاسلحة النارية ينبغي فيها ولا اتصال
الاجسام الغريبة اذا كانت موجودة والانضمام في هذه الجروح لا يكون في
الغالب كاملا بل يحصل في الاجزاء الغائرة من الجرح التي انتهى الرض اليها
اقل من وصوله الى الظاهرة وفائدته انه يحفظ الانسجة متقاربة الى بعضها
حتى اذا حصل التقيج حصل بعده الالتحام بسرعة لان الضم يعاون الطبيعة
على ذلك وينبغي في هذه الطوارق ان يوضع في اول الامر على الاجزاء رفائدا
مغموسة في سائل محلل كحلول انشتات الرصاص اى خل الرصاص ثم تستعمل
الوضعيات المليئة لمقاومة الالتهاب * واما روض الاجزاء الرخوة الظاهرة
من الجمجمة فينشأ عنه اورام تتكون من ارتشاح الدم في المنسوج الخلوى تحت
الجلد وهذه الاورام يكون حجمها كبيرا او صغيرا على حسب كون سطح الجسم
المحدث لها كثيرا السعة او قليلا وعلى حسب قوة الضربة ثم ان بعض هذه الاورام
يكون صلبا متينا في جميع سمته وبعضها يكون رخوا متوجعا من مركزه
* وكيفية تكون النوعين المذكورين من هذه الخراجات سهلة الادراك ففي
النوع الاول يسرى الدم الخارج بسبب انفجار او عيته من صدمة الجسم الراض
في هالات النسيج الخلوى تحت الجلد فيدها وتتكون هناك كتلة فيها صلابة
وفي النوع الثانى تصيب الصدمة او الضربة اجزاء النسيج الخلوى بانحراف فتفسدها
او تمزق النسيج الخلوى الذي يكون في مركز محل الضربة فينصب اليه الدم ويتكون
ورما متوجعا ارتشاحيا في دائرة محل الرض فقط والاخلية الخلوية المتحددة منه
تقاوم الاصبغ اذا غمز به عليها * ومعالجة هذه الاورام الدموية اذا كانت معتدلة

الحجم صلبة ان يضغط عليها برقائد تغمس مرار كثيرة في سيال رادع كالخل
والماء المالح ويوضع في وسطها قطعة مدورة من المعاملة او من اى معدن كان
ويثبت هذا الجهاز بلفافة او نحو منديل وقائدة الضغط المذكور منع زيادة توارد
السائلات وتقوية الامتصاص واذا كانت كبيرة الحجم فلا ينفع فيها الضغط بل لابد
ان تفتح ويخرج منها الدم الحار المنحصر فيها ثم يضم الجرح والاورام الصادرة
من الاسطة النارية ينبغي فتحها حالاً لانه يندران تكون معها عظام الجمجمة
سليمة من الكسر والتسريح الخلوى سليماً من الفساد وذلك مما يصير منع حصول
التهاب شديد او تقيح غزير محالاً

الثانية كسر عظام الجمجمة

كسر عظام الجمجمة يصدر من اصابة الاجسام الراضة او من سقطة على الرأس
فاذا كسرت الكسر حاصل في محل الضرب يسمى واصلاً وان كان حاصل في محل
آخر في نفس العظمة او في عظمة قريبة منها وفي العظام المتقابلة لها يسمى غير
واصل ويسمى ايضاً رد الضربة والعظم لا ينكسر الا لضعف صلابته بالنسبة لقوة
الجسم الصادم فاذا فرضنا ان الجسم الصادم اثر تأثيراً قوياً في نقطة من العظمة
وكانت مقاومة تلك النقطة ضعيفة حصل الكسر اما اذا كانت مقاومة تلك
النقطة قوية فان حركة المصادمة تسرى وتتسع حتى تنتهي قوتها في محل اضعف
من الاول وابتعد منه فلا يحصل الكسر وعلامات كسر الجمجمة اما حسية
واما عقلية فالحسية تشاهد بالبصر متى كانت العظام معرأة بالكلية من الظاهر
لانه يسهل حينئذ مشاهدة تفرق الاتصال بمجرد النظر سيما اذا كان هنالك
تباعد في حوافيه فان كان الكسر مجرد شق وقع الاشتباه بينه وبين الدرز او التسلل
الذى يكون في العظم لمحل الشريان او بينه وبين مجرد الشدخ الذى يحصل
من الرض ولا يبلغ الكسر والجراح يتدفع عنه اشتباه الكسر بالدرز بالمعارف
التشريحية الدالة على تعيين محل الدرز واشتباهه بالآخرين باستعمال المبرد
او النخاعة فانهما يزيلان جزءاً من جوهر العظم به يزول الشدخ واثار محل الشريان

بخلاف شق الكسر فإنه يبقى ولا يزول بذلك ويشاهد أيضا بالأمس إذا حصل
 الكسر في عظام غير معرأة وكان في محل الجرح عدم تساوي القطع العظمية
 المكسرة والابان كان الكسر على خط مستقيم فلا يدرك بالحواس ولا تكون له
 علامات حسية ورض مافيه شعر من جلد الرأس قد يتوهم حصول الكسر فيه
 سيما إذا كان ثم ورم انصبابي ينخفض مركزه عند الغمز عليه والتشخيص يكون
 حينئذ عسرا والعلامات العقلية بتحليل بها إذا لم تظهر العلامات الحسية
 فإن لم يشاهد في الأجزاء الظاهرة من الرأس آفة ظاهرة أصلا وتكون أولا بالبحث
 عن جميع أحوال العارض من كونه نقطة من محل مرتفع مثلا وعلى أي جسم
 كان السقوط أو ضربية وعن شكل الجسم المضروب به أو الراض وعن طبيعته
 وعن مقدار القوة التي اندفع بها وعن الجزء المصاب من الرأس وثانيا بحلق الرأس
 ثم تغطيته بضماد ملين وعند إزالته يبحث عن المحل المندى أكثر من غيره
 وعن أن يكون أحدث اتفاقا جزئيا في الجلد مثلا ومن العلامات المعقولة
 ما يتخذ مما يستشعره المريض حال إصابته ككسر أناه وحسن بألم في بعض محال
 عند هز الرأس بواسطة جسم يوضع فيما بين الأسنان ويحرك أو عند تحريك
 الرأس من ذاته بغير إرادة ونحو ذلك وهذه لا تستحق الركون إليها الذي أثبتته لها
 بعض المؤلفين وأما شق الأجزاء الرخوة الذي أوصى به لكشط العظم ولزيادة
 تحقق وجود الكسر فلا ينبغي العزم على فصله إلا بظن قوى يقضى بوجود
 الكسر وموضعه ويقضى أيضا بالعوارض التي تصاحبه وهذا كله صادر من
 توهم أنه لا يمكن وجود كسر بدون انصباب دموي وحيث كان الكسر سببا
 وعلامة للانصباب فليكن ذلك ضرورة موجبة للشروع في استعمال الآلة
 الشاقبة * وأما المعالجة فتى كان الكسر بسيطا في جروح الجمجمة ولم يظهر
 عنه عارض فلا تختلف عن معالجة تفرق الاتصال الذي يكون في الأجزاء الرخوة
 غير أنه يجب هنا أن لا تظم حوائف تفرق الاتصال انظاهر باستحكام وإن يجتهد
 غاية الاجتهاد في منع حدوث اعراض التهاب المخ وانغشيته وإن يحترس من شق
 الأجزاء الرخوة إلى حدود كسر لأن ذلك لا يتقع إلا لاطلاع الجراح فقط وهو

مضر للمريض ثم ان انفصلت شظايا عظمية وذهبت نحو المخ وجب في الحال
الاجتهاد في رفعها واستئصالها بان ينزلق طرف الملوخ الصغير من تحت القطعة
المخفضة وترفع به فهو الرافعة الجيدة لذلك والالة الشاقبة هي الضرورية
في تسهيل تخليص الشظايا العظمية واستئصالها ثم بعد تميم ذلك كله يداوى
الجرح مداواة لطيفة ويسهل خروج السائلات المنصبة الى الخارج فان ذلك
يقوى الطبيعة على الاخذ في الشفاء واذالم يظهر عارض مخي وجب بعد مداواة
الجرح بما يناسب ان يوضع على الرأس جهاز منين يضغط على اسطحها بلطف
ويترك نحو ستة ايام او ثمانية مالم تحدث عوارض توجب الاستقصاء عن الاجزاء
وهذه المداواة البسيطة القانونية كثيرا ما نفعت في الطوارق الثقيلة جدا

الفصل الثاني في آفات المخ والعشيرة وهي خمس

الاولى جروح المخ

جروح المخ تحصل من آلات واختراعات قاطعة اذ راضة * قالوا خزة لغلبتها وقهرها
مقاومة عظام الجمجمة المانع من دخولها المخ لا بد من ان تكون مندفعة
بقوة عظيمة وتكون ايضا ذات صلابة كثيرة فلذلك كانت جروح المخ الوخزية
نادرة جدا فخرجات بندق الرصاص والرماح ونصال السكاكين التي هي الفواعل
الغالبة لا تقتصر في الغالب حال نفوذها في العظم على فتحة بسيطة فيه بل تحدث
فيه في معظم الاحوال كسرا كثيرا السعة او قليلها وقد شوهد انغراس هذه
الالات في العظام الجمجمة وثبوتها فيها بقوة عظيمة بحيث يكون استئصالها
باليد محالا فينتد يستعمل جفت بسيط او كجاشة صغيرة ذات يد ومحرل باحتراس
بحيث لا ينكسر الجسم الغريب المراد اخراجه فاذا انكسرت الالة في الجمجمة
حذاء سطح العظمة وجب ان تستعمل الالة الشاقبة وتوضع بكيفية بها يستأصل
الجسم الغريب مع قطعة العظم المنغرس فيها ذات الجسم وبعد استخراج الجسم
الواخر للمخ يداوى الجرح مداواة بسيطة وتستعمل جميع الوسائط القادرة على
منع حدوث الالتهاب المحي كالجمية والراحة الكلية والفصد الموضعي بنحو العلق

جروح الالات القاطعة

المتكرر والمسر وبات الملية لان هذه هي الوسائط القوية الفعل * والالات
القاطعة هي التي اذا نقلت للمخ بعد قطعها للجلد وعظام الجمجمة شقت شقا
عائرا كثيرا وقليل او اخوف العوارض التي تحصل حيث نذ هو الانصباب الدموي
في باطن الجرح والتهاب الاجزاء المصابة وكلما كانت الافة قريبة لقاعدة الجمجمة
وانزعاج المخ اكثر وشق هذا الحشاغا ترا كان الخطر اشد وانقل وقد شوهد في المخ
بعض جروح كثيرة السعة وشفيت بسهولة مع انه كان زال جزء من جوهر المخ
ولم يكن الموت نتيجة لذلك ومتى كان خروج الدم المنبعث من الاوعية الخفية
المقطوعة والتقيح الذي لا بد من حصوله في الجرح كانه مدقة سير المرض الى الخارج
سهلا شفي الجرح في زمن قليل من غير ان تحدث عنه عوارض مخزنة والذي يجب
حيث نذ فصدا المريض والامر له بالحمية القياسية واستعمال المشروبات الملطعة
واضجاعه على جهة الجرح لاجل منع انصباب الدم والصديد في المخ ويدلوى
الجرح مداواة بسيطة ثم اذا لم تحصل عوارض اصلا فلا يحتاج لعملية جراحية
البتة واما اذا لم يمكن خروج الدم والصديد الى الخارج ونشأ عنهما انضغاط في المخ
فيلزم توسيع فتحة الجمجمة بالالة الشاقبة * والالات الراضة هي في الغالب
المندفة بواسطة البارود وشرح انواع الجروح الصادرة من الاسلحة النارية
في الرأس وتعدادها ربما كان تطويلا من غير طائل فان الرصاصة تارة تمر
بسهولة في احد قطار الجمجمة من غير ان تبقى في محل دخولها وخروجها
الا فتحات مستديرة بدون شظايا عظمية ولا فتحات عظام وتارة تكون ذات قوة
متوسطة فتخرج الرأس رجاشدا وتحدث في عظامه كسرا متعددا وتحتق في المخ
واحيانا تحدث كسرا ثم تنعطف منتبهة على الام الحياضية سائرة في جزم من
دائر الجمجمة فيما بين هذا الغشاء وبين العظام المستحق عليها فتوجد الرصاصة
في المحل المقابل لنقطة دخولها واحيانا تبقى فيها بعد مجاوزتها هذه المسافة
المخترقة قوة كافية لار تخرج بنفسها وفي كثير من الطوارق ينف الجسم المنفذ
بعد كسره للعظام على اغشية المخ فيحتبس في الفتحة التي قصها وقد شوهد انه
حصل من الرصاصة كسر مدعي وقوة ندفاعها ارجبت لان تنفذ منها بعض

جروح الالات الراضة

زوايا في باطن الصدج فتجيب منها الاجزاء * ولما معالجة جروح المنخ فاول دلالة
 تستدعيها جرحها الصادرة من الاسلحة النارية هي استئصال الجسم المنقذ
 او غيره من الاجسام الغريبة التي يمكن خفاؤها في الجرح الظاهر للجمجمة
 فاذا كانت الرصاصة ملتصقة جدا ومعظم دائرتها بارز من السطح وجب ان يغرز
 في وسطها برعة الالة المسماة بجاذبة الرصاصة تستأصلها اما اذا كان معظمها
 تحت العظمة فلا يناسب ذلك لان القوة العنيفة العامودية التي يتحیل بها
 على استخراج الرصاصة ربما صيرتها غائرة في المنخ بسبب هتك الحواجز الضعيفة
 المسماة لهابل الذي يناسب حينئذ ان يوضع على محل الرصاصة تاج الالة
 الثاقبة لتستأصل الرصاصة مع الجزء المساك لها من العظم وينبغي ان يكون
 في هذا التاج اللهم الذي يؤثر منه في الجسم الغريب كتأثير جاذبة الرصاصة فانه
 قد يدفع ذلك الجسم الى الباطن والذي ينبغي في هذه الحالة ان تؤخذ قطعة
 سمكة صلبة من مقوى او من نعل ويقتح في وسطها فتحة مستديرة تسع تاج الالة
 ويوضع التاج في تلك الفتحة لتتبع زوئانه ويمسك تلك القطعة مساعدون بها
 يحفظونها عن الحركة مطلقا واذا تفرطت الرصاصة بعد اجتيازها
 في العظام وانغرست في الام الجافية فلا ينبغي استئصالها بعنف لان ذلك لا يتم
 بدون تمزق الغشاء المذكور بل ينتظر استئصالها بالتقيح او تستأصل مع الجزء
 الحاروي لها من ذلك الغشاء واذا وقف الجسم المنقذ في المنخ فليس بمسيرة
 بمسار ذي زرع الاحتراس الزائد فاذا علم محله وسعت فتحة العظم بالالة الثاقبة
 او بالسكين ذات العدسة ثم يتحیل على التقاطه بجفت يدخل مطبوق الشعبتين
 ولا يفتح الا عند القبض عليه وهكذا يفعل في استئصال الاجزاء العظمية وغيرها
 من الاجزاء الغريبة المنحصرة في الجرح ومن المهم الذي لا ينبغي ان يغفل عنه
 الجراح ان الطوارق التي تقف فيها الرصاصة على المنخ تكون الفتحة التي دخلت
 منها ضيقة حيث كانت مستديرة لا تكسر في حوافها فلا يمكن اخراجها منها
 سيما اذا احتيج في اخراجها بخوجفت يقبض عليها فعلى الجراح في مثل هذا
 ان يتدبى دائما قبل الاجتهاد في استخراج الجسم الغريب بتوسيع فتحة العظم

اما باستئصال الشظايا العظمية ان كانت موجودة واستعمال الالة الثاقبة
ومكث الرصاصة في المخ وان كان الغالب موت الجرحي من غير ان يشفى
الشفاء في احوال كثيرة منها كان يقطن رداً عنها ووقع فيها اليأس من معيشة
الجرحي واي جرح حصل في المخ من جسم راض فلا بد من تقييده فينبغي المداوة
بفتح سبيل يخرج منه النقيج قبل حدوث عوارض ثقيلة والنقيج في جروح المخ
الرضية لا بد وان يسبقه التهاب فيه فينبغي ان يستعمل لمن الوسائط الصحية
والشفائية ما هو انفع لتلطيف شدة الالتهاب او منعه وكثيرا ما شوهد ان المخ
اذا تعرى او اصاب بافة غائرة ياتهب ويتعفن باضرار خلوية وعائية كالتي
تحصل في غيره من اجزاء الجسم يسيل منها قيح كثير وتعين على تكون الالتصام
لكن لهاميل غريب للنمو والخروج من فتحة العظام كما ان للمخ ميلا لذلك فاذن
ينبغي حزمها وصيانتها من ذلك بان يوضع في احدي الرقايد المهيئة لمعالجة
الجرح صفيحة من نحومقوى لتكون بواسطة ضغطها الملطيف بمنزلة عظام
الجمجمة وبعد شفاء الجرح ينبغي ان تصان الجهة المصابة بقطعة من جلد
مغلى لحفظها عن ان يحصل فيها فتق مخي ومن المشاهد النادرة في جروح الرأس
التي تعرى فيها المخ انه يلين ويتفخج جدا ويكون منه خارج فتحة الجمجمة اورام
كبيرة اذا كشطت تتولد ثانيا بسرعة هذا وبقية المعالجات التي تستدعيها جروح
الرأس سهلة جدا فتغرق الاتصال يداوى مداواة لطيفة بجواهر ملطفة
ويضطجع المريض على الجانب المصاب وكل من حلق شعر الرأس واستعمال
الضمادات المليئة وبقية الوسائط المعدة لتلطيف تهيج الاجزاء وتسكين آلامها
هو اللازم هنا كما في جميع الجروح الثقيلة في الجمجمة

الثانية ارتجاج المخ

ارتجاج المخ من اثقل العوارض المصاحبة لجروح الرأس وهو نتيجة ضربة
او صدمة واصله او غير واصله فان واصله هي التي تحصل من فعل جسم غريب
او من سقطة على الرأس وغير واصله هي التي تحصل من سقطة على الاقدام

او الركب او الجيزة وهي اقل خطرا من الاولى غالب لان التشايج فيها تتناقص
بسبب مرور الحركة في المفاصل واما الواصلة فليس فيها ما ينقص الحركة
المتصلة والذي ينتج من هذين النوعين ارتجاج في جوهر المخ قد يقوى حتى
يتسبب عنه فساد بنيتة والارتجاج المذكور يكون على درجات فادناها يتسبب
عنه طيش سريع الزوال وابطصار شرر واقواها يتسبب عنه الموت حالا فالشخص
الذي يرتج مخه ارتجاجا قويا يسقط مغشيا عليه ويفقد منه الحس والحركة ويصغر
وجهه ويصير نبضه بطيئا ضعيفا وكذا تنفسه وتقل حرارة جلده عن الحالة
الطبيعية وكثيرا ما يخرج من اذنه وعينه واذنيه دم ثم بعد زمن ما اما ان تزول
هذه العوارض تدريجيا او يعقبها عوارض التهاب المخ وتشايج الارتجاج دائما
تضعف او تزول كلما بعدت عن زمن حصوله لكنها دائما تكون متبوعة برد فعل
العضو المصاب وبالعوارض تخرج يذبحي ان يستقصى عن ظهوره مع التآني فان ظهر
قووم بقوة وارل ما يستعمل عقب ارتجاج المخ من نحو ضربته على الرأس ان
يقاوم بالتهبات الظاهرة كتسقيط الاملاح وروح انوشادروداك الجليد
والحقن المهيبة ونحو ذلك وان تحلق الجمجمة كلها ليستقصى عنها بانقان
واما المنقطات على القفا وجلد الجمجمة فقد تنفع مادام الارتجاج موجودا
وحده اما اذا عقبه التبرج فينبغي استعمال مضادات التهاب

الثالثة التهاب الجرحى في المخ واعشيتة

اكبر ما يخشى منه عقب جروح الجمجمة حدوث تهيج الدماغ واعشيتة فينبغي ان
يتدارك قبل حصوله بالاتباع الكلى والذي يعرف به التهاب الاغشية صداع
شديد محبب بتي وحمى واحمرار في العين ووجازة في الكلام وارتعاش في
الصوت وكون الحركات فجائية متواترة غير ارادية وكثرة الهذيان وتعقبه حالة
تشبه حالة السكر ويتغير الوجه وينهزل وتنسع الحديقة وتختل الوظائف الذهنية
او تنقف وتضعف الحس من جميع الجسم ويحصل في الاطراف صلابة او شلل
يكون مسبوقا ببعض الاعراض المذكورة والذي يعرف به التهاب الدماغ

صداع يكون في الابتداء موضعيا ثم يصير عموما ويوجب المريض ان يضع يده على المحل المصاب ويصاحب هذا الالم غثيان وفي ودوار وانحطاط في القوى العقلية وفي الجسم وارتفاع في النبض فيصير مشرقا صلبا متواترا ويصير النوم غير هادئ ثم تظهر انقباضات اما دائمة او متقطعة في عضلات احد جانبي الجسم كله او في احد اقسامه فقط ويضعف الفهم وتحمرا لالعين وتتلع وتتألم الحديقة جدامن الضوء وقد تضيق حديقة الجانب الذي فيه العضلات منقبضة او متشنجة وينخفض جفن العين من ذلك الجانب بسبب انقباض العضلة المحاجية وتنجذب زاوية القم الى الوحشية ويميل الرأس الى تلك الجهة ايضا وبعد هذه العوارض تحصل عوارض اخرى هي ان تصاب العضلات بالشلل بعد انقباضها او تشنجها بقليل ويبقى الجفن منكسا بسبب شلل العضلة المحاجية وتصير زاوية القم المجذوبة الى الوحشية مهطلة وتنجذب الرأس الى الجانب المقابل للجانب الذي كان مائلا اليه وتوسع الحديقة ويضعف الحس او يفقد في هذه الاجزاء المختلفة وكثيرا ما يشاهد مع ذلك ايضا اعراض التهاب اغشية المخ والاحتقان والتهيج المعدي المعوي واعراض التهاب اغشية المخ كثيرا ما تختلط باعراض التهاب المخ لان هذين الداءين اما ان يوجد متعاقبين او يوجد امعا وهو الغالب وتميزهما ببعضهما ليس بمهم جدامن حيث ان معالجتهم واحدة على كلتا الحالتين * واما المعالجة في اصاب شخص بجرح في الجمجمة وحصل له بعض خراج او مشقة وجب ان يمنع عن جميع المأكول بالكلية سواء كانت جامدة او مائعة ويؤمر له بالمشروبات اللطيفة والحقن المسهلة برفق ويستعمل فصد او فصددين على حسب قوته وثقل الجرح ويستمر على استعمال هذه الوسائط وعلى مداواة الجرح بحسب المناسبات له منتظرا ما ينتج من اجتهادات الطبيعة والالتهاب النحى على الخصوص يعالج من ابتداء ظهوره بفصد الوداج وفي كذا لا تهاين بوضع العلق بكثرة على محل الضربة والسقطة ثم بعد سقوطه فوضع المكمدات المائنة فانها تعين على خروج السيال عن محل القرص ولا ينتج عن الحمية والميسات والحقن المهيجة وما للاستحمامات الخمر دلة رائزي

المعالجة

اندر دلية وبقية المصرفات الجلدية فقد يكون فيها نفع ومتى كان الالتهاب مستمرا
لامن وجود سبب موضعي مهيج فيندوان لا يزول من هذه المعالجة ومتى اعقب
الارتجاج التهاب وجبت مقاومته حين ما يشرف النقص وتضرب الشرايين
السباتية باشد قوة والاعين والوجه يحمران وترتد حرارة الجلد

الرابعة خراجات الكبد

كثيرا ما يتكون عقب جروح الرأس خراج في الكبد وهذا الخراج ليس صادرا من
ارتجاج هذا العضو عقب جروح الرأس حال السقطة المسببة لجرح الرأس كما زعم
ذلك بل هو دائما نتيجة تهيج سبب قوي في المعدة والاثني عشرى والكبد ويمنع
حصول هذا الخراج بالمشروبات المائلة والحمية وتستعمل معالجة الالتهاب
المعدى الكبدى معطوبة بمعالجة تهيج المخ

الخامسة انضغاط المخ

اذا استعملت المعالجة المذكورة آنفا بقوة كافية ولم تزل الاعراض الخفية باقية
دل ذلك على ان الدماغ اولفائه متهيج من اسباب مخانكية مستمرة فقط
وحينئذ قال شفاء لا يتم الا بازالة هذه الاسباب التي هي هبوط عظام الجمجمة
والشظايا العظمية والاجسام الغريبة والانسكابات الصديدية او الدموية
وفي هذه الحالة الثقيلة ينبغي ان يبحث بشأن واتقاء عن الجمجمة كلها بعد
خلق شعرها فيستقصى عن محل الضرب او السقطة اربقية الحال المتأللة او محل
ما يكون هنالك خدرو بعد وجود محل الافة او ظنه تشق الاجزاء الرخوة وتكشف
العظام ويبحث بانتباه عن سطحها فان كان الانضغاط من هبوط العظام
الجمجمية على المخ اجتهد في رفعها عنه بواسطة مسواط او آلة رافعة فان لم يتمكن
من ذلك بهاتين الالتين استعملت الالة انشاقية واذا كان من شظايا عظمية
استوصلت بسهولة من غير ان يضطر لاستعمال الشاقبة اما اذا لم تشاهد آفة
ظاهرة في العظام الجمجمية فيمكن ان يظن حينئذ ان هنالك انصباب صديدي
او دموي لكنه يعسر تحقيق وجود الانسكاب وتعيين مجلسه بيقين فينتج مما ذكر

كله ان القواعد الاتية يصح ان تكون اساسا لمعالجة جروح الرأس وان يكون من المهم اظهارها وتوضيحها لان هذا الجزء من الجراحة لم يزل في ظلمة الخفاء علما وعملا

قال اولي من القواعد المذكورة انه لا بد في تجروح جلد الرأس من ان تضم حالا اذا لم توجد في العظام فتحة اصلا فان وجدت فلتدأوى بدون ضم وينتظر التئامها مع الاجتهاد في منع ظهور العوارض وحدوثها

الثانية انه متى كان الجلد غير منفصل فلا ينبغي شقه الا اذا لم يستشعر بعدم استواء العظام ببعضها من خلفه الدال ذلك على الكسر او بهبوط بعض قطع او شظايا او بانفتاح بعض تداوير او بعض اعراض انضغاط المخ
الثالثة انه ينبغي في ارتجاج المخ ان تستعمل دائما المعالجة الموصى بها في هذه الافة التي لا تستدعي استعمال عمليات في الرأس ولا شق الجلد ولا ثقب العظام ولا غير ذلك

الرابعة انه حيث كان حدوث التهاب المخ واغشيته هو المرض الذي يخشى منه اكثر من غيره في جروح الرأس فالذي ينبغي للجراح ان يجتهد في منع حدوثه بواسطة استعمال مضادات الالتهاب والمصرفات

الخامسة انه متى هبطت بعض شظايا عظمية نحو المخ وجب رفعها قبل حدوث العوارض لان الغالب انها لا تفر عن احداث تلك العوارض بسبب التهيج الذي ينشأ عن وجودها

السادسة ان الشقوق الكثيرة السعة او القليلة سواء كانت القطع العظمية فيها متباعدة عن بعضها او باقية على وضعها الطبيعي لا تستدعي وضع الشاقبة الا اذا ظهرت اعراض توجيه

السابعة انه متى حدثت في الايام الاول عقب جروح الرأس الاعراض الناشئة من انضغاط المخ واكتسبت سريريا انسدادا عظيما ولو استعملت الوسائط العمومية المذكورة وجب ان يثقب بالالة الشاقبة المحل المضروب او المحل المظنون بانه محاس الكسر او الانصبابات

الثامنة انه لا يضطر لفتح الجمجمة في الغالب الا اذا كانت المعالجة المضادة
للا التهاب والمصرف المستعملتين بقوة غير كافية واخذت الاعراض في الزيادة
واستمرت على درجتها وحيثئذ فلا ينبغي التواني في تميم هذه العملية
لانه كثير لما يزل السبب الحافظ لا تخرج الوالموجب لزيادته في الشدة بمجرد عملها
التاسعة انه متى تحقق وجود سيال تحت الام الجافية وان لم يشاهد في سطحها
شيء وجب شقها شقا صليبيا ثم ان لم يوجد انصباب على العنكبوتية ووجدت
تلافيق المخ كانتا معوقة وصار لونه احمر زيادة عما هو في حالته الطبيعية وبارزا
عن حدوده الطبيعية فلينفذ الجراح في جوهر المخ شراطين غوص به فيه بعض
خطوط ليفية للصديد المنحصر ~~مسلكا~~ يخرج منه وهذه العملية يندر
نجاحها ومع ذلك فاذا امت الحاجة اليها ينبغي ان تستعمل
العاشرة انه اذا خطر الجراح في فتح الجمجمة متوهما ان فيها انصبابا من غير ان
يكون هنالك علامات كافية لتحقيق مجلس الانصباب كان عادلا عن طريق العدل
والصواب بل الذي على الجراح انه مادام الداء مجهولا ان يتركه الداء الطبيعته ويخلي
الشخص ونفسه لا يعذب بتجربيات غير نافعة لان ذلك مما يري بشرف الجراح
والصناعة

الكلام على عملية ثقب الجمجمة

الجهاز الكامل الذي يجهز لهذه العملية اولا مشروط عريض لشق الاجزاء
الرخوة ثانيا منقاب منشاري ثالث منخات رابعة حلة تيجان مختلفة الحجم
مع اهرامها ودع المفتاح لمرلفكها خامسا عمود المنقاب سادسا جاذبة
مافي القواروسا يسكن بعدسة ثامنا عتلة بسيطة وعتلة بتيت المعجمة من
المعلم لو برتاسعا حلة مناشير صغيرة هلالية عاشرا كاشات قاطعة حادي عشر
جفوت ثاني عشر ملوق وبعض مناكش معدة لتنظيف تاج المنقاب وفتحة العظم
ثالث عشر مجراد ~~و~~ واما دواة الجرح فيجهز لها قطعة من خرقة مقطوعة قطعاً
استداريا اكبر من التاج المراد استعماله ويجعل في وسطها خيط مزدوج طوله

جهاز زمد دواة الجرح

طريقة العملية

بقدر الحاجة ونسالة رفيعة وبعض رفائد وسندبل مطوى على هيئة مثلث اولفافة
بسيطة مطوية طيا اسطوانيا * واما طريقة العملية فقبل ان يتبدأ بشئ
ينبغي ان لا توضع الالة الشاقبة على مسير التدارير سيما التدارير المحاذية لجيوب
الام الجانفية ولا على اسفل الجزء المتوسط من المؤخر ولا على الزاوية السفلى
للجدارين ولا على الجيوب الجبهية مالم يضطر لذلك وان يستلق المريض على
الجانب المقابل للمحل الذي تعمل فيه العملية او يجلس اذا كانت العملية في
قمة الجمجمة وفي الحالة الاولى تثبت رأسه على صدر مساعد وتكون مرتكزة على
وسادة يوضع تحتها لوح من خشب ليتكون من ذلك سطح صلب وبعد خلق
الشعر يعرى العظم اما بتوسيع الجرح او شق الجلد شقا صليبيا اذا كان سليما
او ثانيا او قريبا على حسب ما يناسب ثم تنفذ الالة القاطعة الى ان تبلغ سطح العظام
لكن مع الاحتراس من ادخال سن الالة في الكسر وبعد هذا الشق تقلب الاهداب
ويوقف التزيف اذا كان غزرا بمساعد يضغط على الشريان المتفتح او يربطه
ثم يفصل السمحاق الجمجمي من قاعدة الاهداب ويستأصل بالمتحات وبعد
تعيين المحل الذي يستحسن لوضع الالة الشاقبة تغطي الاهداب بعصائب من
قماش تهيأ لحفظها منقلبة ومصانة عن تأثير الالات ثم يمسك تاج المثقاب
موشحاه برمه ويضعه ما يلا على المحل المراد ثقبه ثم يرفعه شيافشياً حتى يصير
عاموديا مستقيما ثم يبرمه برمتين او ثلاثا على محوره ليعلم بذلك المحل الذي ينبغي
فيه وضع الشاقبة وبعد تميم ذلك تركيب الشاقبة على عمود الالة التي تمسك باليد
اليمين كسك قلم الكتابة ويوضع سن الشاقبة في الثقب الذي احده الهرم ثم تعدل
الالة الشاقبة لتكون متجهة اتجاها عاموديا مستقيما على سطح العظم
ثم توضع الجبهة على التفاحة التي تنتهي بها الالة من اعلى وتثبت باليد اليسرى
ثم يمسك باليد الثانية وسط العامود ويرم من اليمين الى اليسرى حتى يعظم
الثقب المتكون من الشاقبة بالكفاية ليقبل الهرم حينئذ تؤخذ الالة الشاقبة
كقلم الكتابة وترال من اعلى الجمجمة لتعاد ثانيا بعد ابدال الشاقبة بالتاج الذي
استعمل وتمسك الالة ثانيا كالمسك الاول ويدخل الهرم الذي يعلو عن التاج

في الثقب المفعول بالشاقبة ثم يبرم العامود من اليمنى الى اليسرى وتكون
 البرمات الاولى بطيئة ويراد في سرعتها كليا اخذ التلم الحلقى في التكون مع
 الاجتهاد في كون الالة دائما محفوظة بحفظ اعموديا مستقيما على سطح
 الجمعية ومتى ظن ان التلم صار غائرا غورا كافيا بحيث ان الساج لا يمكنه
 الزوقان رفعت الالة بدارتها نصف دورة من اليسرى الى اليمنى ويراد منها الهرم
 ثم ان كان القصد استعمال جاذبة القرار لتستأصل بها قطعة العظم التي حدها
 الساج اغتمت هذه الفرصة ليوضع فيها سن الالة من الثقب الحاصل من الهرم
 وتبرم فيه حتى تثبت تشبثا متينا ثم تزال وتوضع الالة الشاقبة ثانيا وتبرم
 ثانيا كما ذكر وبعد زمن فزمن ترفع لتستظف بالفرشة او بمنكاش الاسنان وليتحقق
 غور التلم واستواؤه وكلما ادرك ان القطعة العظمية اخذت في التخلخل وتناقصت
 في المقاومة التي كانت تكايد لها ابطنى بحركة البرمة فاذا ظهر ان قطعة العظم
 تخلصت ادخل فيها جاذبة القرار لتستأصل ولكن قد يستعمل بدلها في ذلك
 بنجاح العتلة البسيطة التي من النوع الاول وبعد ازالة العظم اذا شوهد عدم
 تساوى الفتحة تحت دائرتها بالسككين ذات العدسة مع الاجتهاد في ان
 لا يرتكز برزها على السطح الباطن للجمعية لتلاين ضغط المخ ثم يفعل بحسب
 ما يرى من الاحوال فاذا وجد انصباب دم او صديد وان الفتحة الواحدة لا تكفى
 في تسهيل خروج السعال المذكور علمت بجهة فتحات بحسب الحاجة ومع ذلك
 فالاجود ان يكتفى بحسب الامكان بفتحة ثانية مقابلة للاولى وذلك اولى من
 ثقب الجمعية من جهة محال واذا لم يكن هنالك انصباب بين العظام والام
 الحافية وكان هذا الغشاء متوترا مائلا للسواد ومكونا لارتفاع مع تخرج امكن
 فتحه بمشرط يغوص به غوصا عموديا واذا كان هنالك شظايا عظمية غائرة
 ولم يمكن رفعها ولا استئصالها وضعت الالة الشاقبة لتضع بجهة تيجان
 ثم استوصلت الاجزاء العظمية الفاصلة بينها بالكاشة القاطعة والشظايا
 المتحركة ترفع بالعتلة التي هي بحسب الظاهر انسب من غيرها في ذلك والشظايا
 الزائغة عن محلها او المستعدة للغور تقطع من قاعدتها اما بالالة الشاقبة

كيفية المداواة

او بمنشار صغير حلقى والشظايا بالنافذة في الام الجافية والمخ تستأصل بقدر
الامكان بالجفت واذا تعسر ذلك بسبب ضيق الفتحة التي فتحت في الام الجافية
وسعت لتستخلص وهناك جراحوون يبدلون استعمال المنقباب بوضع الشاج
باستقامة موشحاه يهرمين واللاتجيزيون يستعملون آلة اخرى تسمى بالنفاذ
وهو نوع من المنقباب يكون الثقب به باليد * واما كيفية مداواة الجرح بعد
العملية فيمكن اذالم يكن هناك الا فتحة واحدة في الجمجمة من المنقباب ان ترجع
اهداب جلد الجمجمة الى وضعها الاصلى ما دامت حالة الاجزاء الرخوة ممكنة
من ذلك ثم تغطى بنسالة جافة ورقايد فقط لكن الذي ينبغي اعتمادا على رأى
معظم المؤلفين ان تكون مداواة الجرح على هذه الكيفية وهى ان توضع قطعة
الخرقة المقطوعة قطعا استدريا المذكورة آتفا مدهونة على الفتحة بدون ان
تدخل فيها وتغطى بنسالة رخوة يوضع عليها بعض رقائد وتثبت ويحفظ جميع
ذلك بمندبل مطوى طيا مثلثا او بلفافة تلف عليه وتثبت ببعض دبابيس
في طربوش المريض وبعد مداواة الجرح على نحو ما ذكر يوضع المريض وضعا
غير متعب له ويعالج بمعالجة كافية لافي تدارك حصول الحسرة وحدها في
جلد الجمجمة التى هى داء ثقيل كثيرا ما يصاحب جروح الرأس بل ايضا في
تدارك التهاب المخ واغشيته والجروح المتقيحة ينبغي ان تداوى في كل يوم
مداواة اعتيادية حتى يتم الالتئام بل ينبغي توقيتها بعد الالتئام ايضا

بواسطة صفحة من مقوى او من جلد مغلى

يحملها المريض دائما على محل

الالتئام والله اعلم

الكتاب السابع في آفات جهاز الحركة الانتقالية

اعضاء الحركات الانتقالية هي العضلات وما يتعلق بها والمفاصل والعظام وقد جعلنا الآفات كل عضو من هذه الاعضاء فصلا يتكلم عليها فيه وجعلنا الفصل الاخير من هذا الكتاب لبيان اطراف الذي هو آت حيل الجراحة المستعملة في عدة من الامراض قد ذكرت سابقا فلذا كان في هذا الكتاب اربعة فصول

الفصل الاول في آفات العضلات وما يتعلق بها وهي ثمان آفات

الاولى هتك العضلات من ذاتها

هتك العضلات من ذاتها يصدر من شدة انقباضها بعنف ويمكن ان يكون من سوء الاتجاء الذي تكون عليه في وقت الانقباض والهتك قد ينتج منه قرحة باطنية هي في الغالب مرض ثقل جدا ومن اللطف الخفي ان هذا العارض نادر جدا ومن الحركات العنيفة جدا ما تكسر منه العظام وتهتك الاوتار لكن من النادر ان تهلك الليقة العضلية الحقيقية من افراط انقباضها وفي حال الهتك يحس بألم شديد وكثيرا ما يسمع بقرعة فيفقد المريض القدرة على تحريك المحل المصاب والهتك الكثير السعة نادر جدا واكثر منه الهتك في قليل من الالياف ومن الذي يستشعر حال الهتك بألم شديد في القطن اذا كان جذعه منحنيًا جدا او اراد نصبه دفعة واحدة وهذا الألم يكون شديدا في اول برهة ويزول بعد ايام قليلة وقد يستمر زمانا طويلا ويكون مستعصيا واكثره مشاهدة هذا الهتك في عضلات بطن الساق وهذه العضلات وان كانت قوية جدا بسبب كثرة اليافها وكون وظيفتها تحمل الحركات العنيفة جدا الا انها في شدة انقباضها تهتك وتراكيه اي العرقوب وتكسر العقب لكن الاغلب ان يكون الهتك مقصورا على بعض الياف منه * واعراض الهتك المم ونوع من الخدر يحصلان في بطن الساق وحس بوجع شبيه بالوجع الصادر من ضربة قوية

لا اعراض

المعالجة

وقد نسب معظم المؤلفين هذه الاعراض لهتك وتر العضلة الاخضية الرفيعة
 * وقد استعمل في معالجة هذا الهتك العلق والمكمدات والاستحمامات
 الملبنة لكن الدلالات الشفائية الرئيسة في ذلك هي تسكين الالم قبل حصول
 الانتفاخ وبقية الاعراض وذلك بان يوضع حوالى الساق محلول قوى من
 خلاصة الافيون اضعفة ويكرر ذلك كل يوم والكمية منها درهم في كل يوم
 يحل في رطل من الماء وراحة العضو المصاب امر ضرورى ايضا وذلك بان يوضع
 وضعابه يكون مسترخيا

الثانية انفساخ العضلات

العلامات

انفساخ العضلات وهو زوغانها عن محلها يحدث عن انقباضها العنيف في
 حال كون الاجزاء موضوعة وضعاف غير طبيعي فتتحرك هذه العضلات على
 خط مخالف لخط حركتها الطبيعي * وعلاماتها الم وورم يحصلان حال زوغانها
 عن محلها وكونها موضوعة عقب الزوغان وضعاف مخالفا لوضعها الاصلى
 ومعالجتها ان يستعمل التكبيس والدلك الخفيف برفق على المصاب منها
 مع استعمال الجواهر الخفيفة المضادة للتشنج واذا استطال زمن الزوغان وجب
 العلق والاستحمامات والضمادات الملبنة كل منها فبعد هذا يشاهد
 سر يعارجع العضلات الى وضعها الطبيعي واسترخاؤها ونزولها من حالة
 انقباضها العنيف الذى كانت عليه

الثالثة الفتق

قد يحصل في العضلات فتق حقيقى بسبب تمزق الاوتار العريضة الصفيقة
 المشدودة المحيطة بالاطراف او المغطية لبعض اقسام الجذع ثم ان كان الجلبد
 مع ذلك متمزقا والورم المتكون من فتق العضلات عظيما وجب ان تطلق فتحة
 الوتر العريض لتدارك الالتهاب الشديد المصحوب بالاختناق وان كان الجلبد
 سليما اوجب في اول الامر استعمال القصد العام والموضعي والوضعيات الملبنة
 وبقية الوسائط المضادة للالتهاب فان باستعمال هذه الوسائط نزول جميع

العوارض غالباً فان استعصى الورم وكان صلباً ملتصقاً ولم يوجب تعريضه
بواسطة شق طويل في الجلد ثم تستعمل عملية الاطلاق من قاعدة الورم اما اذا لم
يظهر الفتق الا بوزم يظهر حال انقباض العضلة فقط وكان المم ضعيفاً كما ذكرنا
منه بعض امثلة عقب الجروح فيجب ان يوضع على الجهة المصابة لفافة ضاغطة
لتثوب عن فعل الوتر العريض لكونه زال جزء من فعله

الرابعة التيتنوس الجرحي

التيتنوس داء اختلاجي تشنجي يصيب المجموع العضلي الظاهر كله اربعضاً منه
وفي الحقيقة هو نتيجة تهيج عصبي وهو من الداءات الخطيرة جداً المصاحبة للجروح
وانقروح ويسمى باسماء مختلفة باختلاف انحاء الجزء المتسبب عنه فان كان
انحناؤه الى الامام سمي انبروتيتنوس اي التيتنوس الامامي او الى الخلف سمي
اوبى تيتنوس اي التيتنوس الخلفي او ثلثاً الى احد الجانبين سمي بلوروتيتنوس
اي التيتنوس الجانبي وان كان المصاب العضلات المقدمة والخلفية معاً في آن
واحد لكنها ماقطة للجدع على وضع مستقيم معتدل سمي ذلك بالتيتنوس العام
او المستقيم واما الكزاز فهو انتقارب التيتنوس اي التشنجي للفكين ويكثر حصول
التيتنوس في البلاد الحارة ولا يصيب الا الاشخاص العظييين اصحاب المزاج
العصبي * وينشأ في الغالب من دخول جسم غريب في الجهات الكثيرة
الحس كالاقدام والايدي ومن الجروح المصحوبة بالتمزق ومن لدغ بعض الحيوانات
ومن الحرق ومن العمليات الجراحية والكسر التفتتي وخلع المفاصل الرزية
المصحوب بهتك الارتبطة والاوتار وقد ينشأ من المعالجة الغير الجيدة للجروح ومن
وضع الاجسام المهيجة على الجروح او تعريضها زمناً طويلاً لتأثير الهواء واكثر
حصول هذا الداء بعد الجرح بخمسة ايام او ستة وبعض الاحيان باسبوعين
او ثلاثة * وكثيراً ما يظهر بالم وصلابة وتيبس وارتعاش في الحال التي تبتدى
فيها الصلابة التيتنوسية خصوصاً الفك وتقرق القفا والفم الخلفي وهجوم هذا
الداء يعرف اما بتشعر برقا وبظهور اعراض التيتنوس في جهة من الجسم وكثيراً

الاسباب

الاعراض

ما تكون الجهات التي هي مجلس التشنج مجلسا لالام تكون غالبا في مسير النخاع
الشوكي والقفا والفقيرين اشد منها في بقية جهات الجسم وهذه الالام تارة تكون
خفيفة وتارة تكون في غاية الشدة وكثيرا ما يكون الصوت خفيا متشوشا والازداد
ويديكون سليما وقد يقف والاستسالة البطن في الغالب يكون مستعصيا
والتنفس عسرا دائما ومتقطعا والنفض يكون بطيئا والحرارة لا تزيد عن
حالتها وكثيرا ما ينقص افراز البول * ومدته تكون قصيرة اذا انتهى بالموت
الذي كثيرا ما يحصل في الايام الاول والساعات الاول اما اذا كان انتهاء جيدا
فان مدته تكون اطول من ذلك جدا وهو الغالب ويندر زوال هذا الداء قبل
عشرين يوما بل قبل نهاية الاربعة فتزول الصلابة تدريجيا من جهات الجسم
واذا كان انتهاء الورم محزنا سعى الاختلاج الى الحجاب الحاجز ويموت المريض
مختنقا * وانذار هذا الداء دائما ثقیل وقد استعمل لمعالجته معالجات
كثيرة هي الاستفرغات الدموية والمقيثات والمسهلات والمعطسات والمعرفات
والجواهر المرة والعطرية والمخدرة ومضادات التشنج وروح النوشادر والفوسفور
والزيت والاسهومات الفاترة والكهر بانية ونحو ذلك والتجربة قد اثبتت
ان اجود هذه الوسائط استعمالا وتفعلا هو الاستفرغات الدموية عامة كانت
او موضعية اذا تكررت كثيرا والاسهومات الفاترة المستطيلة والمخدرات
كالافيون الاشد نقاوة اذا تعوطى منه في ليوم كمية تزد تدريجيا من ثلاثين
الى اربعين قحمة والمعالجة القانونية للجروح والوضعيات المليئة للوفونة وما يزيل
العوارض التشنجية ازالة كاملة الوسائط الجراحية كما شوهد ذلك من بتر
عضو مكسور واستئصال الشظايا العظمية الغائرة او الجسم الغريب ورفع
القطع العظمية الغائرة واطلاق الجروح وقطع عصب خدش من قبل

الخامسة انكماش العضلات

العضلات قابلة لدرجة من التهيخ خفيفة جدا اذا حصلت احدثت فيها انقباضا
اعتيادا مستمرا غير ارادي به تكون العضلة المنقبضة تحت الجلد كجبل متوتر

المدة

الانذار والمعالجة

يؤلم في بعض الاحيان فتجذب الجهة وتثبتها على وضع غير طبيعي * وكثيرا ما ينشأ من هذا السبب الالتواء العنقي فاذا لم يرزل هذا الانقباض بالوضعيات المليئة بالتحركة والاستقرات الدموية ولا الحركات اللايقة وظهران الحركة قد فقدت قدرتها على الانبساط وجب قطع العضلة المنكمشة بالعرض وذلك بان يشق الجلد بالطول من فوق هذه العضلة ثم ينفذ تحتها بحس قنوى وتقطع العضلة بالعرض بمشرط ثم يضم الجرح سريعا فيلتحم بسهولة لكن لا بد في مدة الالتحام من وضع الجهة على وضع لا تقبها لئلا يلتصق طرفا العضلة كما كانت اولا * وكذلك يفعل بوتر اكيله في بعض انواع الالتواء القدي فقد شوهد ان الوتر المذكور يفقد نموه ويكون غير ظاهر فينصب القدم على الاصابع ويقلبه على الوجه الخلفي للساق فيشق الجلد بالطول من فوق هذا الوتر ثم يقطع الوتر بالعرض بالمشرط ويحفظ القدم على اعتداله الطبيعي حتى يتكون بين طرفي الوتر جوهر متوسط به يعود قدم المريض الى حركاته الاصلية

الساوسية آفات الاوتار

لما كان تمتع الاوتار بالحياة اقل من بقية انسجة الجسم البشري وكان اتعاشها بالحساسية والانقباض قليلا بقدر ضرورة الفعل الغذائي كان مرضها نادرا جدا فاوتار العضلات القابضة والباسطة من اصابع اليدين والقدمين لكونها طويلة يابسة رفيعة اذا جرحت او عريت من قرب الطرف الذي به تسدغم في الاعضاء المذكورة لا تلتئم ولا يظهر فيها الم البتة واذا عرضت لتأثير الهواء انمخت بالتفلس بخلاف غيرها من الاوتار فانها لكونها اكثر حيوية منها تلتئم وتلتصق متى جرحت لكن سير مرضها ردي جدا

الساوية جروح الاوتار

اذا جرح الوتر باكلة قاطعة تسبب عنه مرض لا يختلف عن هتكه الا بالنظر للسبب والجرح الظاهر فان الوتر في كلتا الحالتين يزول اتصاله ويفقد القدرة على توصيل حركة العضلة فلا يمكن العضلة ان تتم الحركات التي كانت مشوطة بها

والمعالجة هنا كمعالجة هتك الاوتار التي حيورتها عظيمة جدا بحيث تسبب الالتصاق فيكفي فيها حفظ مماسة طرفي الوتر المتصل او المتهتك بواسطة هيئة الوضع والاجهزة الضامة وما سذكروه من الاجهزة اللازمة لتفسيخ العضلات الباسطة للقدم والساق والعضد من ذاتهم - يوافق تفرق اتصال الاوتار المذكورة الناشئ عن الالات انقطاعا

الثامنة هتك الاوتار

هتك الاوتار هو تفرق اتصال في الحبيبات الوترية من جذب العضلات المخصوصة بها جذبا عنيفا والذي شوهد هتكه على انفراده بانعرض هو وتر اكيله ووتر العضلات الباسطة للساق والباسطة للساعد دون غيرها بواسطة الفعل العضلي وتسهل معرفة الهتك المذكور من الالم المصاب له ومن كون المريض لا يمكنه ان يوجه عضوه الى جهة الوتر المتهتك ومن الانحناء الذي يحس به في محل الهتك اذ كان العضو المصاب عقيم الحجم وغير غائر به وعلاجه يكون بتقريب طرفي الوتر المتهتك من بعضهما حتى يتماسما بقوة ثم يمتدحان على ذلك حفظا قويا * ثم ان ويرا كيله اي العرقوب وان كان اقوى واصفقا من بقية الاوتار الا انه معرض اكثر من غيره للهتك الذي يحصل من الانقباض القوي الفجاء في العضلات الباسطة للقدم وذات اذا كان تأثير قوة جذبها في اوتارها اقوى من قوة تماسك اجرائها وهو كثير الحصول في الرقاصين وتميز الى كامل وغير كامل فالكامل يستشعر فيه المريض عقب الانقباض الشديد في القدم بفرقة في الساق ولا يتمكن من الوقوف على القدم ولا من السير وبالجس تبين تباعد طرفي وتر عن بعضهما ما يرى من الانحناء في افاصل بينهما حال تقريبيهما من بعضهما بواسطة بسط القدم وانقباض الساق اللذين يتقصان المسافة المتكاثرة بين الشرفين راما لتباعد غير الكامل فيستشعر فيه المريض بفرقة تشبه فرقة لسوط ويحس بالتم او نزع من الذي في الهتك لسوطا ويمكن من السير لكن مع قدام وعسر * ر. عالجته تكون بضم اسنوبين

هتك وتر كيله

المتفصلين لبعضهما بان يبسط القدم على الساق بسطاً قوياً حال ثنى الساق
 برفق على الفخذ لاجل استرخاء العضلتين التوأمتين وبذلك يتم الالتحام سريعاً
 لانه يمكن حفظ الطرفين متماسين بل تركيب احدهما على الاخر بتوصيل حركة
 انبساط القدم الى اعلى درجة ممكنة * وقد اخترع المعلم بنيت لذلك جهازاً
 هو نعل يصعد من اسفل كعبه شمع اى سير قوي يثبت من الخلف في ابريز مثبت
 في قطعة من جلد تحيط بالركبة وبالجزء العلوى من الساق ويقوم مقام
 هذا النعل اللقافة الضامة للجروح المستعرضة ومتى شفى وترا كيله بعد ثلاثين
 يوماً او اربعين من وقت هتكه وجب على المريض ان يحترس مدة من الزمن
 من ثنى قدمه ومن بسطه خصوصاً بان تصابه من تكزاعلى اطراف اصابعه
 لتلايسهل هتك وسط الالتحام الذى لم يبلغ درجة الصلابة اللازمة له بسبب
 قوة فعل العضلات التوسمية والنعلية * واما هتك اوتار العضلات الباسطة
 للساق وللرباط السفلى للرضفة فقد يحصل من حركة عنيفة برهية لهذه العضلات
 واسبابه وعلاماته ومعالجته قريبة منها في كسر الرضفة فالتراجع هنالك
 * واما هتك وتر العضلات الباسطة للساعد فاسبابه وعلاماته وعلاجه قريبة
 منها في كسر رأس المرفق فلتراجع هنالك

جهاز بنيت

هتك اوتار العضلات
ورباط الرضفة

الفصل الثانى فى آفات المفاصل

انواع الافات الميكانيكية فى المفاصل المتحركة ثلاثة هى الالتواء والدياستازى
 اى الونى والخلع ولا تختلف هذه الانواع الا فى درجة زوغان العظام * فالالتواء
 اندفاع فى عظام المفصل بقوة الى عكس مجراها الطبيعى ينشأ عنه انبساط
 شديد فى ذلك المفصل وهتك جزئى فى الاربطة ورض فى الغضاريف التى للمفاصل
 الديارترودية اى المتحركة للاغشية الزلائية المغشية لها فيسبب عن ذلك عوارض
 انتهائية كثيرة الثقل والالتواء يكثر حصوله فى مفصل الكف مع الساعد وفى
 مفصل القدم مع الساق وينشأ فى الاول من حركة عنيفة فى الكف او سقطة عليه
 اذا كان على غير الوضع الطبيعى وفى الثانى من خطوة غير مستقيمة ومن سقطة
 تميل القدم الى الانسية او الوحشية * ومعالجته تكون بغمس الجهة

الالتواء

المصايف

الدياستازي

الخلع

المصابة عقب الالتواء بسرعة في الماء البارد القراح او الممزوج بالخل او في اى سائل رادع ثم تركها فيه مدة ساعات وكما اخذ الماء في السخونة غير حالاً ثم اذا ظهرت الاعراض الالتهابية استعملت المليينات والمسكنات بل الاستفرغات الدموية اذا مست الحاجة اليها * واما الدياستازي اى الوتر فتباعد خفيف قليل بين عظمين مجتمعين اجتماعاً مفصلياً سواء كان جانجليماً اى مشبكياً جانياً كما في العضد مع الزند او ارتوديا اى تحريكاً كما في الجزء العلوى من عظمى الساق واما العظام المتصلة اتصالاً مفصلياً مفيارتوديا كعظام الحوض واتصالاً سينارتوديا كعظام قبة الجمجمة والاسنان وغيرها فيحصل فيها تباعد خفيف قليل جداً ينسب اليه الدياستازي والدياستازي قد يصدر من سبب باطن والاكثر حصوله من الضربات والسقطات والحركات العنيفة ونحو ذلك ويعرف من تباعد العظمين عند تحريكهما ومن الخلو الذى يكون فيما بينهما ومن عسر تحريك الجهة ومن الالم الناشئ من تحريكها * ومعالجته تكون بتقريب العظمين بجذب احدهما الى الآخر واكبس عليه برفق ثم حفظهما متماسكين بواسطة جهازه صنوع على حسب حال الجهة المريضة * واما الخلع فهو زوغان العظام المتصلة اتصالاً مفصلياً ارتوديا زوغاناً ينشأ عنه مجاورة جديدة بين اطرافها والاجزاء المحيطة بها والاسباب المهيئة له اما حالة تشرىحية للمفاصل واما تغير مرضى في الاجزاء المفصلية او المحيطة بالمفصل اما بالنظر للحالة التشريحية فالكثير المفاصل قبول لاله العضد لان رأسه موضوع في حلق غير غائر اى عناني ومحفظته الليغية قابلة للتمدد لا تجعل لحركاته حـ د اولذا كان زوغانه لجميع الجهات وخلعه اكثر حصولاً من خلع العظام المحدودة الحركات بخلاف عظم الفخذ فانه لمتانة اتصاله المفصلي بالعظام الخرقية لا بسبب غور الحقة الخرقية فقط بل لصلابة المحفظة ليغية والرباط الباطني منه ايضا يكون خلعه نادراً بالنسبة لخلع العضد ولما كانت الاطراف العظمية المتقابلة للمفاصل الجانجليمية اى كفصل الساعد ومفصل الساق وغيرها يقبل بعضها بعضاً والاربطة الكائنة على جوانب المفصل تمنع لقوتها الزوغان الجانبي منعاً قوياً كان

خلعها في الغالب عسرا واذا حصل فيكون الى الجهة التي تكون فيها حركة
 انقباض الطرف وبساطة اسهل * واما بالنظر للتغيرات المرضية فالاسباب
 المهيئة للخلع استرخاء الاربطة وشلل العضلات والايذرتروزي اى الاستسقاء
 المفصلي وانتفاخ الغضاريف واتبرأ الاربطة وتسوس الاطراف المفصلية لكن
 اعتبارها اسبابا للخلع اقل من اعتبارها امراضا مستقلة تستدعى انتباهها
 مخصوصا * واما الاسباب المتجمة للخلع فهي الحركة العنيفة للاطراف
 المؤثرة فيها والضربات والسقطات والانقباضات الاختلاجية العضلية مع
 بعض الاسباب السابقة * وكيفية حصول الخلع ان يجذب العظم بغتة في
 حال كونه محور جسمه او طرفه على اتجاه منحرف عن السطح الذي به يتصل
 اتصالا مفصليا او بان يتدفع في اول الامر من السبب الموجب للخلع وبدون
 ما ذكرنا حقيقة الخلع فلو كان الذراع مسترسلا على جانب الجذع او كان الفخذ
 قريبا من الفخذ المقابل له كان كل من رأس العضد ورأس عظم الفخذ محاذيا
 باستقامة لتجويف الذى يأويه فلا يمكن الخروج من ذلك التجويف بتحريك
 العضلات له ولو كانت قوة العضلات المؤثرة فيهما عنيفة بخلاف ما اذا كان
 العضد او الفخذ على خلاف ما ذكر من الوضع فان كلا من مقاومة الارض لثقل
 الجسم وبخاوة تأثير العضلات يقهر طرف العظم على ان يخرج من مفصله من
 الجهة المائل هو اليها التي لم تكن فيها المقاومة فينخلع والجهات التي تنخلع اليها
 عظام المفاصل الاستدارية كثيرة فان عظامها في الحقيقة تزوغ من جميع اجزاء
 دائرة التجويف فيكون الخلع في هذه المفاصل الى الاعلى والاسفل والامام والخلف
 والانسية والوحشية نعم هناك احوال طبيعية تصير الخلع الى جهة اسهل
 منه الى اخرى وذلك كالشرم الوركي الخاص بتجويف الحقنة الحرقية المعدة
 لرأس عظم الفخذ فانه يسهل خروج رأس الفخذ منها وكالتجذاب رأس العضد الى
 ناحية الابط بواسطة العضلات المتينة فانه يصير خلعه الى هذه الجهة اسهل منه
 الى غيرها لكون منع المحفظة له قليلا ونحو ذلك * ولا يحصل خلخاع المفاصل
 الجانجليمية الا من اطراف القطرين المتقدم الخلفي والمستعرض للمفصل اى

فيكون الى جهتين متقابلتين فالساعد والساق والقدم مثلا لا يتخلع كل منها
 الا الى الامام والخلف او احدا الجانبين * ثم ان الخلع ينقسم الى كامل وغير
 كامل باعتبار سرعة الزوغان وكون اطراف العظام متباعدة عن
 بعضها بالكلية او بمماساة لبعضها ببعض نقط من اسطحها فالكامل يكون
 في المفاصل الا ينشأ ترودية اى الاستدارية كفصل العضد ومفصل الفخذ
 لان تحذب رأس هذين لعظمين وملاسته يمنعان من استمراره على حافة
 التجويف بل ينزلق بسرعة اما ليعود الى محله الاصلى او ليخرج عنه بالكلية
 فيكون الخلع كاملا * واما غير الكامل فيكون في المفاصل الجانجليزية كفصل
 العضد مع الساعد ومفصل الفخذ مع الساق وغير ذلك لان السعة العظيمة
 للأسطح التي بها تلتصق هذه العظام وتوالى الارتفاعات والانخفاضات
 الكائنة في الاطراف المفصلية وقوة الارتبطة ونحو ذلك تمنع غالبا من كمال الخلع
 * والخلع يكون ايضا بسيطا ومركبا فالبسيط هو المحبوب برض عظيم
 او قليل في الغضاريف والدياوترودية وفي الاغشية الزلالية المغشية لها او بتدري
 الارتبطة وانتهائها او تعدد في العضلات ورض فيها او بانضغاط في الاجزاء
 التي تدفع اليها طرف العظم المتخلع والمركب هو المحبوب بجرح او كسر او شلل
 او وذيم او كدم او انقيزيم او غير ذلك * وعلامات الخلع اما عقلية او حسية
 فالاولى هي التي تستنتج من الاحوال التي سبقت حصول العارض كالسقوط
 او الحركة العنيفة او الضربة او غير ذلك ومن الالام ومن عدم القدرة على تحريك
 الجهة والثانية تستنتج من الاستقصاء عن تغير شكل العضو وطوله واتجاهه
 تغيرا كثيرا او قليلا ولا يعرف هذا التغير الا بمعرفة شكل الاجزاء المفصلية
 وتواتها القرنية وعدد العضلات الكائنة فوق المفصل او المجاورة له وشكلها
 واتجاهها بمعرفة جيدة * وانذار الخلع يكون بحسب المفصل الحاصل
 فيه الخلع وبحسب الاحوال المصاحبة له فان خلع المفاصل الاستدارية اقل
 رداءة من خلع المفاصل الجانجليزية والخلع البسيط الجديد الناشئ عن اسباب
 يادية قل رداءة من المركب العتيق الناشئ عن اسباب باطنة ونحو ذلك * وعلاج

الخلع لا يخالف على الاطلاق علاج بقية انواع الزوغان وهو منحصر في رد
 العظام الزايغة وحفظها من دودة ثم معالجة ما يصاحب هذا الزوغان ويلزم في
 الرد المذكور لاجل ارجاع الاسطحة المفصلية الى مجاوراتها الاصلية الطبيعية
 ان تفعل حركات ثلاث هي الشد والشد المقابل والتطبيق فالشد حركة
 جذب قوية تفعل في الجزء السفلي من العضو المنخلع وينبغي فيه لاجل تخلص
 العظم من الوضع المعيب ان يكون قويا بحيث يسهل رجوع العظم الى تجويفه
 المفصلي وان تكون قوة حركة الشد على حسب شدة المقاومة الحاصلة من العضلات
 للشد وان يكون الشد مؤثرا في سطح كبير السعة لتلاين سطح الجلد وان يكون من
 طرف العضو لثلاث ضغط العضلات المحيطة بالمفصل المنخلع واذا اضطر لان يكون
 الشد قويا جدا وجب في اول الامر ان يحاط الجزء المراد مسكه من الطرف
 بلقافة مستديرة مبتلة او بنسالة او قطن ثم توضع على ماذكر اللقافة التي بها يحصل
 الشد والغالب ان يكون من جملة مساعدين كثيروا وقلوا وهنالك احوال يضطر
 فيها لاستعمال البكرة كما في خلع الفخذ من شخص قوى جدا ثم ان الشد يكون
 اولاً بحسب اتجاه العضو مخلوعاً ثم على حسب اتجاهه الطبيعي محولاً اليه شيئاً
 فشيئاً ومما يهتم به في الرد ان يكون كافياً ان يكون العضو منتصباً نصفاً انثناءً
 * واما الشد المقابل فهو حركة قوية مضادة لحركة الشد تفعل في الجزء العلوي
 من العضو المنخلع او في الجذع ولا بد من ان تكون الحركة في الشد المقابل قوية
 ما امكن ولا بد فيه ايضا من اتخاذ زمام ومركز بان تؤخذ ملاءة تثني على هيئة
 مثلث لثلاث رضاي العضلات الكائنة حوالى المفصل المنخلع ويثبت
 طرفاها في محل صلب غير متحرك كحلقة او وتد من حديد مغروس في حائط
 او شبك من حديد او غير ذلك * واما التطبيق فهو دفع الجراح احد سطحي
 المفصل المنخلع الى الانحر ليردهما الى مجاورتهما الاصلية رداً محكماً وذلك يحتاج
 لان يقف الجراح في وحشي المفصل المصاب وينتبه المساعدون لاشارته فيجذبون
 الجزء المنخلع جذباً متواصلاً لا اهتزاز معه بل بقوة اخذة في الزيادة تدريجاً ويغيرون
 معالم اتجاه الخلع التي اقتضتها طبيعته * واذا لم يتم الرد بعد الاجتهاد في الشد

التطبيق

والشد المقابل والتطبيق وجب تغيير وضع المريض واثقاب العضلات بتكرار الشدين على اتجاهات مختلفة فان لم ينجح ذلك وجب فصد المصاب مرة او مرتين ونغمسه في ابرن ولا بأس باعطائه مقدار صغيرا من الاقيون وقد ظهر لبعض الواقفين ان السكر مما يعين على رد الخلع المتعاصي * والتطبيق في رد الخلع اقل اهمية منه في الكسر لانه يمكن في الخلع ارجاع طرف العظم المتخلع الى حذاء تجويفه ثم يترك للفعل العضلي فيثبت ويحفظه على وضعه الطبيعي الاصل ويستثنى من ذلك خلع العظام المتصلة اتصالا مفصليا جاعليها فان مجرد الانقباض العضلي لا يكفي في رد وتثبيت عظامها في محلها الاصل بل لابد من ان تدفعها يد الجراح * ويجب تأخير الرد فيها اذا وجد ورم التهابي في الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل او آفة في وعاء شرياني مصحوبة بنزيف ام لا او كسر مركب او بسيط لان الرد يستدعي شدا عنيفا وهو لا يناسب في هذه الاحوال ويجب الامتناع عن عمل جميع انواع الرد اذا كان الخلع مصحوبا بافات غائرة في الاوتار والعضلات والاربطة والاسطح المفصلية بل الغالب ان البتر في هذه الاحوال ضروري * ويستدل على حصول الرد بزوال معظم العلامات المحسوسة المشار اليها آنفا وزوالها يكون بتناقص الالم وقدرة المريض على اتمام بعض حركات العضو وسماع فرقعة واضحة حال الرد في المفاصل الا ينار تردية لانها لا تحصل الا اذا دخل رأس العظم في تجويفه والمعالجة التابعة للرد تكون بحفظ العضو ثابتا لا يتحرك مدة ايام قلائل بواسطة لفافة حافظة ولا ينبغي ان يتدنى بتحريكه الا اذا غلب على الظن ان التغيير الموضعي قد زال بالكلية واذا حدث الم او ورم استعملت الاستفرغات الدموية العامة والموضعية والضمادات المليئة ومتى زال هذان العارضان امر بتحرك العضو المتخلع على التدرج خوفا من جساوته ووقوعه في الانكليوزي اى تعقد المفاصل ثم ان تعيين الزمن الذي يستحيل فيه الرد وان كان عسرا ولا يمكن تحديده الا انه اذا مضت مدة تمكن فيها المحفظة اللبغية المنقصة من تيسرها والتصاقها بالتجويف العظمي والاربطة والغضاريف من ان يرما ويلا الخلو الناشئ من بعد العظم عن بعضه فيكون الرد حيثئذ محالا لان رأس العظم

علامات حصول الرد

اسباب عدم قابلية الرد

حيث تزداد على وضع جديد فيتكون مفصل غير طبيعي واستحالة الرد في المفاصل
الجراحية أسرع منها في المفاصل الاينارترودية * ثم ان الانكليوزي اي تعقد
المفصل ينشأ من مرعه الالتصاق الملحم للعظام المثبت لها على مجاورة جديدة
واذا انكسر العظم حال وقوع الخلع فيه فان كان الجزء العظمي الذي بين الكسر
والخلع طويلا جدا وجب رد الخلع ثم تجبير تفرق الاتصال الكائن فيه تجبيرا
اعتيادا وان كان قصيرا وجب تجبير الكسر وينتظر التئامه التام ما متينا
ثم يجتهد في رد الاسطح المفصالية الى مجاوراتها الطبيعية وعندما ياخذ العضو في
الالتئام ببعض صلابة يؤمر بتحريكه بعض حركات معدة لان يتسبب فيه
سلاسة تعين فيما بعد على امكان شفاء الخلع

الكلام على خلع المفاصل ومعالجتها تفصيلا

لما كان الخلع في المفاصل مختلفا باختلاف المفاصل ويحتاج الى علامات
ومعالجات لزمنا ان نتكلم على خلع ككل مفصل على حدته وعلى علاماته
ومعالجته اللازمة له فنقول

الاول خلع مفاصل سلاميات الاصابع كثيرا ما تنخلع سلاميات الثواني
والثالث من مفاصلها فتحنى جهة الراحة وتبرز قاعدتها جهة ظهر الكف
ورأسها العليا الى الامام واذا انخلعت السلاميات الثواني على نحو ما ذكر
اثنت الثواني وردها يكون بان يمسك الجراح الجزء المنخلع من الاصبع ويمدده ثم
يأتي به الى جهة الالتئام ويدفع مع ذلك يده الخالصة السطح المفصلي السفلي الى
عكس هذه الجهة

الثاني خلع المفاصل السلامية المشطية وخلع المفاصل السلامية المشطية
لخلع ما قبلها في علاماته وردها ان هذا يختص بان يمسك احد مساعدين
قبضة اليد والاخر يجذب الاصبع والجراح يرد العظم الى وضعه الطبيعي وكثيرا
ما يكون الا بهام مجلسا لهذا الخلع الذي يصير سريرا غير قابل للرد
الثالث المفاصل المشطية الرسغية اليدوية ولا ينخلع من عظام مشط اليد الا

العظم الاول منها اعني الذي من جهة الابهام فيخلف من مفصله مع الرسغ
والمخلاعه دائماً يكون الى الخلف فيبرز طرفه السفلي في الوجه الظهري للكف
ويكون مثنيًا مثل السلاحي المرتكزة عليه ورده يكون بان يمسك احدهما بمساعد
الساعد ويجذب الاخر الابهام بعد اساطنه بجزءة ثم يرفع الجراح العظم الى مفصله
* الرابع خلع عظام الرسغ من بعضها فقد شوهد ان رأس العظم الكبير من عظام
الرسغ زاحقت الى الخلف حال اتثناء الكف والوسائط التي تستدعيها هذه الافة
تعدل الجهة والضغط على العظم الذي تتألف الرسغ من مناطق بلا بقاءة لتلايعود
الخلع

الخامس خلع المفصل الكبير الرسغي وقد ينخلع المفصل الكبير الرسغي لكن
اذا ذهب عظام الرسغ امام عظام الساعد كان الخلع امامياً فتقبسط اليد
وتثنى الاصابع ويبرز الرسغ في الوجه الراحي للكف وترفع الكعبرة والزند الجلسد
من الجهة المقابلة فان كان خلفياً كانت الاعراض بعكس ما ذكر في كلا الخللين
يقاطع محور الكف محور الساعد على زاوية منفرجة ويميل الكف الى الوحشية
او الانسية ويبرز الرسغ تحت التواء البري للزند والكعبرة فيسدل على ان الخلع
الى الوحشية والانسية ورده يكون بجعل الساعد مثنيًا نصف اتثناء ويمسك
الجزء السفلي من العضد اقوى المساعدين ويمسك المشط الاخر ايشده والجراح
يدفع الرسغ بالابهام من حال تخليصه عما كان عليه ويذهب باليد الى عكس الاتجاه
الحاصل من الخلع فهذه هي الحركات الواجبة لتجيم الرد

السادس خلع المفصل الزندي الكبير فاذا انخلع الجزء العلوي من الكعبرة الى
الخلف حصل في الساعد انكباب قهري واتثناء وبرزت رأس الكعبرة خلف
التواء الوحشي للعضد ويكثر حصول هذا الخلع في الصغار وكثيراً ما ينشأ
عن رفعهم من اذرعهم ورده يكون بتثبيت الطرف السفلي من الساعد لاحد
مساعدين والكف الاخر ثم يقبض الجراح باصابع احدى يديه على ثنية المرفق
ويجعل الابهام على رأس الكعبرة البارز ويدفع هذه الرأس الى الامام اسفل
العضد حال كون اليد الثانية منه زيادة عن مساعدتها الشد الساعد تمسك

عنق الساعد وتمده فائلة به ناحية الانبطاح وينبغي بعد ذلك حفظ الذراع على هذه الكيفية احتراسا من عود الخلع وإذا انخلع الجزء السفلي من الزند الى خلف الكعبرة انبطح الساعد والكف وذهبت اوتار العضلات القابضة الى الانسية فتبرز امام الجانب الانسي للكعبرة ويرفع الزند الجلد من الوجه الراحي لعنق الساعد وإذا انخلع الى الامام لازم الساعد والكف الانبطاح وزاغت الاوتار الى الوحشية وبرز الزند الى الوجه الراحي لعنق الكف وفي كلا الحالتين تتصلب عظمتا الساعد على زاوية حادة ويضيق الجزء السفلي من الذراع وتثني الاصابع نصف اتثناء ورده يكون تمسيك الذراع من العضد والكف لمساعدين ثم يقبض الجراح يديه على الجزء السفلي من الساعد ويبعد ما بين العظمين المكونين له دافعا الزند الى محله حال جذب المساعد عنق الساعد المسو له للجهة المقابلة للجهة التي هو مائل اليها في الخلع

الاصابع خلع المفصل العضدي الزندي فإذا انخلع عظمتا الساعد ذهبتا خلع الطرف السفلي من العضد وانثنتا نصف اتثناء وثبتتا على ذلك اذا لم يحصل هتك في العضلة العضدية المقعدة وذات الرأسين والا تبسطتا وتمكنتا من حركة عظيمة بها يظن ان جميع الاربطة المفصلية منهتكة وذهبت رأس المرفق راضكة فوق التتوين اللقميين للعضد وبرزت بروزا عظيما الى الخلف ووجد في ثنية المرفق وزم عريض كروي الشكل متكون من السطح المفصلي العضدي ثم ان عظمي الساعد لا يمكن انخلاعهما الى الامام الا اذا انكسر رأس المرفق وكسره نادر الا انه يصير التشخيص سهلا جدا وقد يتخلعان خلعا جانيا والغالب ان يكون غير كامل وفيه يبرز الساعد من جانب والعضد من آخر وتهتك الاربطة غالبا * ورد ان الخلع الخلقى يكون باحاطة المعصم بعصابة وتمسيكه لمساعدين ثم تمسيك الجزء السفلي من العضد لمساعد ثالث ثم وضع الجراح اصابع يديه متصالية على ثنية المرفق وابهاميه على قمة رأسه وإذا تخففت العظام بحركة الشد جذب الجراح العضد الى الخلف ورأس المرفق الى الامام وبذلك يسهل رجوع اسطحه العظام الى بعضهما ومن ثم ما ذكر من الاجتهاد في رد الخلع الخلقى يفعل في الخلع

الجاني فينبغي فيه توجيه العظام نحو بعضها لكن باتجاه بعكس ما ذكر ثم بعد
 تمام الرد يحفظ الساعد منتبها نصف انثناء ويعلق بعلاقة
 الثامن خلع المفصل الكتفي العضدي واذا انخلع رأس العضد الى الاسفل كما هو
 الغالب طأ إلى العضو قليلا وبعد المرفق عن الجذع ولا يمكن تقريبه منه وتفرطح
 السطح الوحشي للبروز الحاصل في المنكب واحس فيه بانخفاض وقطام من غائر
 ورفعت قمة الانحراف الجلد ووجد في الابط ورم مستدير غير ممتاز عن بقية العظم
 متكون من وجود رأس العضد في الابط وانخفض المنكب ومال الجذع والعنق
 والرأس الى جهة الخلع وتبعد المرفق قليلا الى الوحشية والحركة التي لا يحصل
 منها الالم واما تقريبه للجذع فحال واذا انخلع رأس العضد الى الامام اتجه الجزء
 السفلي منه الى الخلف والوحشية وتفرطح المنكب وانخفض ولا يتضح تفرطحه
 وانخفاضه الا من الجهة الخلفية وكانت رأس العضد موضوعة امام عنق الكتف
 اسفل التواء الغرابي ولا تتم حركة المرفق ابد الى جهة الامام واذا انخلع رأس العضد
 الى الخلف ظهرت اعراض عكس المذكورة فترفع رأس العظم عضلات الجزء
 الخلفي للابط ثم انه عقب الخلع الى الاسفل الغير المردود ترفع العضلات العضد
 فتجذب رأسه في الغالب الى اعلى وينشأ عن ذلك خلع من النوع الثاني
 وفي بعض الاحيان يصل العضد الى الترقوة ورده يكون بان توضع تحت الابط
 وسادة من شعر اوصوف او كرة من نسالة ملفوفة برقائذ لمنع انمغاط عضلات
 هذه الجهة وتوضع في وسط خرقة يصعد طرفاها من امام وخلف الصدر الى
 اعلى المنكب المقابل ويثبتان في محل ثابت ثم يجلس المريض على كرتين
 وتؤخذ خرقة منتبئية على هيئة مثلث وتثبت في المعصم اى عنق الكف ويسلم
 طرفاها لمساعدين ثم يدفع الجراح وقت الشد رأس العظم نحو فقرته وفي هذا الوقت
 بعينه يشير للمساعدين بان يوجها العضد نحو اتجاهه الطبيعي وينبغي في الخلع
 التابعي ان توجه رأس العظم الى اتجاه مخالف للطريق الذي قطعتة وقت الخلع
 ثم بعد الرد ينبغي حفظ الساعد في علاقة مع تقريبه العضد للجذع
 التاسع خلع المفصل الكتفي الترقوي فاذا انخلع الكتف من مفصله مع الترقوة

تكون في الجهة الوحشية للترقوة أسفل الانحرار ارتفاع عظيم هو العلامة الدالة على خلع الاول من هذين العظمين من الثاني ورده يصكون بجذب المنكب الى الوحشية والاعلى مع الضغط على الترقوة وينبغي بعد ذلك وضع وسادة المعلم دسولت تحت الابط وحفظ الذراع في علاقة ثم تثبت الرفايد الخشبية المغطية للمفصل الكتفي الترقوي بعصابة تلف عليها ويندران يبق المريض بدون عاهة وتنشوء

العاشر خلع المفصل القصي الترقوي والعلامة الدالة على خلع الطرف الانسي للترقوة هي الورم الواضح امام القص ~~الاسك~~ كائن في اسفل خط المفصل القصي الترقوي الثاني المقابل والمتطامن الحاصل من اعلى النقرة التي صارت عالية وسيل الرأس الى جهة الخلع وعدم القدرة على اذهاب العضد الى الاعلى والامام ويحصل الرد بجذب المنكب الى الخلف وبالضغط على الجزء المنخلع من الترقوة واجهها من الضابط اللازم استعماله وان لم يمنع التنشوء بالكلية هو وسادة دسولت المثبت عليها الذراع والعلاقة المعدة لتعليق الساعد

الحادي عشر خلع مفاصل اصابع القدم وما ذكر في خلع اصابع ~~الكفين~~ يقال في خلع اصابع القدمين الذي هو فادر جدا لتعسره جدا بسبب وجود النعل وصغر سعة السلاميات

الثاني عشر خلع المفصل المشطى الرسغي وعظام رسغ القدم وثيقة ومثبتة في وضعها تثبتا متينا فلا تخلع من سبب باد الا بعد كسرها

الثالث عشر خلع مفاصل العظام الرسغية القدمية ورأس عظم الكعب قد تباعد عن بر من تجويف العظم الزورقي فتبرز في ظهر القدم بروزا متوا والوسائط التي بها يزال هذا التنشوء ويحفظ القدم هي نصب القدم وضغط الورم المتكون من العظم المنخلع

الرابع عشر خلع المفصل القصي الرسغي واذا زاع ~~الكعب~~ الى الانسية انخلع وانخلعه اكثر حصولا من بقية خلع عظام القدم وعلامة خلعه الى الانسية ان يميل الوجه الاخصى الى الوحشية وان يكون هذا الكعب أسفل النتوالانسي

للقصبة بروزا واضحا و يظهر كانه زايد ويرتكز على الوجه المحاذي له من العقب
 واذا انخلع الكعب الى الوحشية كانت العلامات بعكس ما ذكر على كلتا الحالتين
 فكثيرا ما ينكسر النتوان الكبيران الانسي والوحشي وذلك يعرف بعدم
 تحركهما وبالقرفعة الحاصلة من تحريك القدم وبالتطامن الكائنين بينهما وبين
 الجزء من العظمة المرتكزين عليها واذا انخلع القدم الى الانسية تحول العظم
 المذكور و طال الكعب والتفت العرقوب الى الخلف واذا انخلع الكعب الى الامام
 كانت علاماته بعكس ذلك * ثم ان خلع المفصل القضي الرسغي يصحبه
 تشاوبش مختلطة اكثر من بقية انواع الخلع فلا يندرمعه انفصال الكعب عن
 العقب والزرقي ولا خروجه عن محله بالكلية للخارج ولا بروزه الى الوحشية
 ولا اتجاها للقصبة والشظية نحو الجلد فيزقاه ويبرزان الى الخارج ولا شك ان ردة
 الاذا رك هذه التشاوبش سهلة الادراك ورده يكون بجعل العليل مستلقيا
 على ظهره مثنى الساق نصف اتثناء ثم تمسك بقده من اعلى الركبة لاحد
 المساعدين وتمسك القدم للمساعد الاخر ليفعل الشد حتى يحصل استرخاء في
 الاربطة فيوجه القدم الى عكس الاتجاه الذي تسبب عن الخلع والجراح يعاون
 على هذه الحركة بضغطه على بروز العظام ثم بعد ذلك يشد على المحل لغايتبسيطة
 واذا كانت القصبة او الشظية منكسرة وجب عقب الردان بوضع الجهاز المعد
 لتجبير كسر هذين العظمين واذا خرج الكعب عن محله ومزق الجلد فان لم يكن
 موثقا لا يقليل من الاربطة الليفية فليبادر باستئصاله ثم يرد القدم تحت عظام
 الساق وقد حصل الشفاء مرات عديدة في هذه الحالة مع قصر في الساق واما
 اذا ظهر ان الكعب يمكن ان يبقى محفوظا فيجب رده الى محله بتوسيع الجرح الذي
 برز منه ان امكن ذلك ومثل ذلك يفعل بعظام الساق اذا برزت الى الظاهر
 * ومن المعلوم انه لا بد عند ذلك من ترايد الاجتهاد في منع العوارض
 الالتهامية الباطنة القابلة للعدوث عقب الافات الثقيلة التي مثل هذه

خاص بصاحب هذا الخلع

المعالجة التابعة

الخامس عشر خلع المفصل القضي الشظي فان رأس الشظية قد تذهب الى
 امام سطح القصبة وخلفها وهذا الخلع محال غالبا في المفصل السفلي للقصبة

والشظية ويسهل رده وضبطه

السادس عشر خلع المفصل الفخذي القصبي اما خلع الرضفة الى الوحشية وهو الغالب فعلامته ان يحس من الانسية بالجانب الانسي للبكرة الفخذية الذي يصير متعرياً وان ترتفع الخافقة الوحشية من الرضفة الى الوحشية فتخلي محلا يحس منه بالسطح المفصلي المحاذي لها وهذا اذا كان الخلع المذكور غير كامل واما اذا كان كاملاً كانت البكرة المفصلية الفخذية منفصلة عن الرضفة بالكليّة ووجد في الوحشية البروز المتكون من الرضفة الملازم للثقب القمي الوحشي للفخذ واذا كان الخلع الى الانسية كانت العلامات بعكس ما ذكر وفي كل من الخلعين يكون الساق منبسطة وانتثاء مؤلماً والغالب ان يكون متعذراً وتكون الركبة مشوهة ورده يكون باضباع المريض على ظهره وتمسيك عقبه لمساعد ليرفعه مع رجله كلها بحيث ان جميع العضلات المقدمة للفخذ تكون في غاية الاسترخاء ما أمكن ثم يمسك الجراح الرضفة لانها تكون حينئذ خالصة ويردها الى محليها ويبقى بعد ذلك ان تحفظ الرجل ساكنة وان تكون منثنية نصف انتشاء واما خلع القصبة فان كان الى الخلف اتنى الساق على زاوية حادة وما لسطح الرضفة الجلدي الى اسفل وبرز رباطها واشغل الورم المتكون من النتون اللقميين للقصبة تجويف المايبض ران كان الى الامام كان المفصل متحرراً جداً والساق منبسطة والرضفة مائلة الى اعلى والعضلتان التوأمتان متوترتان بارزتان في حفرة المايبض والورمان المتكون احدهما من القصبة في احد الجانبين وثانيهما من عظم الفخذ في الجانب الثاني يدلان على الخلع الجانبي الذي لا يكون في الغالب كاملاً والرد في هذه الاحوال كلها يكون بتمسيك الحوض لاحد مساعدين والساق للاخر ليشد الرجل حتى تستخلص العظام ليتمكن الجراح من توفيقها على بعضها حتى يجعلها على مجاورتها الاصلية ثم بعد ذلك يراح الساق ويحفظ منثنياً نصف انتشاء

السابع عشر خلع المفصل الحوضي الفخذي فاذا انخلع رأس عظم الفخذ الى الاعلى والوحشية خارجاً عن التجويف الحق قصرت الرجل وارتفعت ثنية الالية

المحاذية لها وقرب المدور الكبير من الشوكة الحرقية المقدمة وتكون ورم مستدير
 يرفع الالية ويصيرها بارزة زيادة عما تستحق وقربت الرجل الى الاخرى ومال طرف
 القدم الى الانسية واذا كان الخلع الى الاعلى والامام او الاعلى والانسية قصر
 الفخذ ايضا ومالت الركبة وطرف القدم الى الوحشية وتقرطحت الالية وكان
 المدور العظيم موضوعا على الخط العامودي للشوكة الحرقية المقدمة العليا
 وتكون ورم عظيم صلب يشغل الاربية ويرفع الاعصاب والاورعية فيسبب آلاما
 شديدة ويبعدت الرجل عن مقابليتها واذا كان الخلع الى الانسية والاسفل اعني
 نحو الثقب البيضي عرف باستطالة الرجل وتقرطحت الالية وتباعدا المدور العظيم
 الى الاسفل والامام وبحركة استدارة الفخذ الى الوحشية ويبعده عن مقابله
 وتوتر عضلاته المقدمة وبانتشاء الساق اتشاء خفيفا بوجود ورم مستدير
 قرب الشعبة الصاعدة للورك واذا كان الخلع الى الاسفل والانسية او الاسفل
 والوحشية وهو نادر عرف بزيادة استطالة الرجل وبدورانها الى الانسية وبالبروز
 المتكون من رأس العظم اسفل الالية وبذهاب المدور العظيم الى الخلف والاسفل
 عن وضعه الطبيعي الاصلى وهذا الخلع يستحيل سر يعا الى النوع الاول من الخلع
 بواسطة الفعل العضلي * وينبغي لدخول العظم الفخذان يستلقي المريض
 على ظهره على سرير مرتين ليس له حواف او على طاولة من خشب عليها طراحة
 ثم تؤخذ ملاءة وتثنى بالطول وتوضع على ثنية الفخذ من الجانب السليم ويذهب
 بطرفيها الى الامام والخلف ثم يثبتان في شئ متين ثم يوضع محزم بالعرض فيما
 بين العرف الحرقى والمدور من الجانب المريض ليحيط بالحوض ويسلم طرفاه
 لمساعدتين ثم يثبت محزم آخر في الجزء السفلى للساق اى من اعلى التورين
 الكعبيين الانسى والوحشى وهذه تنفع في الشد لانه يستدعى قوة عظيمة ومنفعة
 المحزم الاول للموضوع بالعرض انه يمنع المريض من تحركه واتقلابه على الجانب
 المريض وعندما يأخذ عظم الفخذ في التخلص يكبس الجراح في الخلع الى الاعلى
 والوحشية بيديه على المدور ويدفعه الى الاسفل والانسية ويدفع رأس عظم الفخذ
 الى الاسفل ولوحشية في الخلع الى الاعلى والانسية فاذا كان الخلع الى الاسفل

والأنسية مكان الامر بعكس ذلك بان يحوط بيديه على الجزء العلوى
الانسي للفخذ ويوجهه الى الوحشية ويذهب المساعدون حين ذلك بالجزء
السفلى للساق حتى يصير اعلى من الجزء السفلى المقابل له وفي الخلع الى الاسفل
والخلف يدفع عظم الفخذ الى الاعلى والأنسية عند تخليص حركة الشد لرأس هذا
العظم ويكفي لمنع عود الخلع ان يضم الفخذ المريض للسليم ويثبت عليه بواسطة
اربطة

الثامن عشر خلع المفاصل الحوضية من المعلوم ان عظام الحوض لا تنخلع ابدا
الا انخلعا غير كامل ويكون من الاسباب العنيفة الواصلة والوسائط التي ينبغي
استعمالها في هذه الحالة الثقيلة هي مضادات الالتهاب والراحة والضغط حوالى
تجويف الحوض بلفافة بدنية كالخزام تشد عليه شدا ليقا

الكلام على امراض المفاصل

اعلم ان كثرة الانسجة الداخلة في تركيب المفاصل واتحاد بعضها ببعض
والسبب في الشديدة السكاتة فيما بينها وبين الاحشاء مما تصير المفاصل قابلة
لامراض كثيرة * فمنها جروحها وهي اما خزنية اي حاصلة من آلات واخرة
وهي كثيرة الحصول وعلاماتها خفية لكن قوة الضربان ومعرفة اتجاه الالة
في سيرها وغورها في دخولها مما يقع في الذهن ان الالة قد تغذت في الغشاء
الزلالى لهذه المفاصل وفي الاغشية المغشية له واكد العلامات الدالة على نفوذ الالة
في التجويف المفصلي خروج المادة الزلالية وكثيرا ما تكون هذه العلامة معدومة
لفقد الموازنة بين قسمة الارتبطة وقسمة المحفظة بسبب الحركات الصادرة من
المريض ولا ينبغي عند ذلك ادخال مسبار في الجرح لتحقيق غور الالة لانه قد لا يتقد
جدا حتى يصل لاقصى الجرح لعدم الانتظام في مجاورة الاجزاء على ان المعارف
الممكن تحصيلها من دخوله في المفصل قد يكون الاهتمام بها قليل الجدوى
بل دخوله مما يزيد في التهيج ويعين على دخول الهواء في تجويف الغشاء الزلالى
ويسبب التهابا رجا لا يحصل بدون هذه الحركة الغير الحميدة فاذا لم يزل الجراح

مترددا في نفوذ الجرح وعدمه عاملة معاملة الجرح المحقق نفوذه ولكون الجروح
 التي نحن بصدد هاتها ثقيلة دائما يجب على الطبيب ان يكون حريصا في انذارها
 وان شوهد في كثير من الاحوال ان وخز المفصل قد شق بسرعة شديدة
 فان جعل وقايح هذا الفن في مشاهدات اكثر من ان تذكر تدل على ان الذين
 اصابوا بهذه الافة كابدوا اخطارا عظيمة او هلكوا من هذا النوع من الجروح
 الذي كان يظهر انه بسيط جدا في ابتدائه ومعالجة هذا النوع من الجروح
 كمعالجة كل التهاب مفصلي واذا كان الجرح ضيقا جدا فلا يستدعي معالجة
 مخصوصة لان حوافه غير قابلة للتباعد ويكفي في ضمها سريعا الانتفاخ
 الذي يحصل فيها واما اذا كان الوخز حاصل من سن سلاح عريض فمفرط
 كسيف وجب ان يوضع عليه سير لزوج اي شريط مشمع مدهون بمرهم
 جالينوس ثم يوضع العضو وضعا به يكون الجزء المصاب في غاية الاسترخاء كي يسهل
 التماس الجرح وكثيرا ما يضطر لوضع لفافة كافية في حفظ العضو عن التحرك
 وفي تجاوز الاجزاء المظنون انه لا يبق وهذه الطريقة عامة فتناسب جميع الجروح
 الممكن ان تكون جميع المفصل بمجلساتها * واما قطعية اي حاصلة
 من الآلات القاطعة وتشخيص جروح المفصل الحاصلة من الآلات القاطعة
 اسهل من تشخيص النوع الاول فان سيلان المادة الزلالية هنا اكثر منه هناك
 وتبعد مفتي تفرق الاتصال بمكثنا من تحقيق الغضاريف الكائنة بين المفصل
 وهذه الجروح اقل خطرا من النوع الاول مادامت اجزاؤها المقدمة غير معرضة
 لتأثير الهواء زمانويا * ومن حيث ان دخول الهواء هو اقوى الاسباب
 في تهيج الاجزاء المفصالية الباطنة يجب ان يكون اول الدلائل الشغائية
 الاجتهاد في ضم الجروح بدون واسطة ثم وضع العضو وضعا لا يقيه وحفظ انضمام
 حواف الجرح بالعصائب اللزجة فاذا انتفخ هنالك وعاء عظيم وجب ربطه قبل
 مباشرة انضمام الجرح وما يتبع في زيادة الامن من دخول الهواء في تجويف
 الغشاء الزلالي ازالة التوازي الكائن بين الجرح والغشاء الزلالي وتتام المعالجة
 مؤسس على الطرق المقررة آنفا * واما رضية اي حاصلة من الاجسام الراضية

جروح الآلات القاطعة

للمعالجة

الجروح الرضية
في المفصل

في المفصل وهذه ينبغي ان تعامل معاملة بقية الافات التي شأنها ان تسبب
 التهابات شديدة وليس معها تفرق اتصال في الجلد لان الهواء لا يمكنه حيث
 ان تغذي المفصل ويندر ان لا يحصل منع ظهور العوارض من المعالجة المعقولة
 فينبغي ان يوضع العضو في الجهاز اللايق بكسر العظام المحبوس بهذه الجروح
 ويحفظ من عدم الحركة ويضغط المفصل المصاب ضغطا خفيفا للتلايحدث
 فيه فورم مغرط وينبغي ان يندى الجهاز مرات متوالية بسيال بارد محلل وان يفصل
 مرة او مرتين بحسب قوة المريض ثم ان الراحة والحمية والمشروبات اللطيفة جيدة
 جدا فهذه هي الاصول المؤسس عليها معالجة كسر اطراف العظام المحبوس
 بافات الاجزاء المفصلية * ومنها جروح المفصل من الاسلحة النارية فالاجسام
 المنقذة بالبارود الداخلة في المفصل تسبب دائما جروحا ثقيلة تستدعي
 غاية الاتقيا من الجراح فعليه في اول الامر ان يفعل اطلاقا كثير السعة
 ليستأصل الاجسام والشنطايا الممكن وقوفها في باطن الجروح وان يفتح سبيلا به
 يسهل سيلان الصديد ويجب ان يحفظ الاجزاء على مجاورتها اللايقة بها وان تصان
 عن عدم الحركة الكلية وقد يتشا عن هذه الجروح عوارض ثقيلة تظهر في كثير
 من الاحوال فيتداركها بالوسائط اللايقة وبمقاومة الالتهاب ثم ان العضو
 المريض وان بقي بعد ذلك متشوها الا انه يتم وظائفه اجود من الالات التي تتوب
 عنه عند فقدته لكن اذا حدثت هذه العوارض الثقيلة واستطال التقيج بدون
 ان يتقدم الالتصام النجس عند ذلك للبترا وحلق المفصل المجروح * ومنها وجود
 الاجسام الغريبة في المفاصل فكثيرا ما يتولد في التجاويف المفصلية بسبب
 الالتهاب المزمن الخفي في الاغشية اجسام غريبة تارة تكون قطع اغضروفية
 وتارة تجعدات متميزة بالكلية عن التجمدات التي تتكون في قرب المفاصل بسبب
 امراضها الالتهابية واكثر ما تتكون منه القطع الشبيهة بالغضروف المادة
 الزلالية واقله فوصفات الجير ثم ان هذه الاجسام قد وجدت في جملة من المفاصل
 والاغلب ان تكون في مفصل الركبة ثم تارة تكون ملتصقة بالغشاء المحفظي
 وتارة تكون منعزلة عنه في المفصل وعدتها تختلف فتكون من واحدة الى خمس

وعشرين وقد شوهدت كونها من سقطة او ضربة واحيانا من ذاتها وبدون سبب معروف وشكلها في الغالب عدسي وتارة يكون غير منتظم والاقرب للعقل ان مادة تكونها المادة الزلاية لكونها زلاية بالاكثر واحيانا تكون ممزوجة على سبيل الاتفاق بقدر مغرط من فوصفات الجبر وهذه الاجسام تمنع انزلاق الاسطح المفصلية على بعضها وذا كانت ثابتة في جهة من الركبة لا تسبب المما دامت ثابتة في تلك الجهة بخلاف ما اذا انتقلت بواسطة الحركات وسكنت في الاجزاء العظمية المحتكة ببعضها على التوالي فانه يصد عنها الم شديد قد يوقظ المرضى عند ثقلهم في النوم ثم انها توجد متعلقة في الاطراف المفصلية وعلامات هذا الداء الالم المذكور والاحساس بارتباك في المفصل وادراك وجود هذه القطع عند التجسس عليها في الاجزاء الرخوة * ثم ان تحليل هذه القطع لم يحصل ليومنا هذا فاستئصالها هو الطريقة العلاجية ولم يجرب الا في مفصل الركبة وكيفية العملية ان يستلقي المريض على جانب سريره وساقه منبسطة لتكون الاجزاء الرخوة الكائنة امام المفصل مسترخية كلها ثم بعد ذلك يستقصى الجراح عن الجسم الغريب ويدفعه الى الامام نحو الجانب الانسي للرضفة حيث تكون المحفظة الانسية مسترخية غاية الاسترخاء ثم يضبطه هناك بالابهام والسبابة ثم يشد المساعد بالجلد من امام الرضفة الى الوحشية ليشقه الجراح مع المحفظة شقا مستطيلا فيرز الجسم الغريب وليكن الشق على حسب اتجاه الجسم الغريب وفي مرة واحدة ومتى انتهى الشق خرج الجسم الغريب كله فان كان هناك ثنية مانعة متصلة بالمحفظة ازبلت بالشرط او بالمقص مع الاحتراز من اصابة الاسطح المفصلية ثم بعد تجميع الاستئصال يترك المساعد ما كان قابضا عليه من الجلد الى نفسه ايرتد على الفتحة التي فتحت في المحفظة بلدونته وبواسطة زوال التوازي بين فتحة الجلد وفتحة الكيس المفصلي يمنع دخول الهواء امتناعا كافيا ثم تضم شفتا الجرح حالا بدون واسطة ثم بعد ذلك يحاط المفصل برقاية مغموسة في سيال محلل ويترك الساق منبسطة ويحفظ من التحرك عشرة ايام او اثني عشر فيلتئم الجرح الصغير ويسمح

المعالجة

المريض بالتهرض والرجوع لوظائفه غير انه يوصى بترك النعيب المفرط * ومنها
 الايدار ورواي استسقاء المفاصل ولم يشاهد الا في مفصل الركبة ومجلسه تجريف
 الغشاء الزلالي ويظهر انه ناشئ عن اسباب موضعية لا عن داء عام في المجموع
 الزلالي والذي يدل على تشخيصه من الاسباب المسببة له قليل كالحرركات العنيفة
 المستطيلة والاولاج المتتالية حادة كانت او مزمنة فانها كثيرا ما تحدث وربما
 لينفاد في هذا المحل لا يختلف عن الاستسقاء في شئ ويعرف هذا الداء بانفخ
 في الركبة غير مؤلم الماشد اذ مع عدم تغير في لون الجلد وبشكله الغير المنتظم وبوجود
 ورمين مستطيلين يبرزان في جانبي الرضفة فيكونان حوالى المفصل هيئة حوية
 وتخرج بحسب الجراح الممارس لهذا الامر بواسطة الغمز واذا رز غير جيد
 بسبب العوارض الثقيلة التي قد تحدث وبسبب ان نجاحه من اسعافات
 الصناعة قليل * ومعالجته ينبغي ان تكون موضعية فقط وتشتمل على
 المحللات والوضعيات التي تكون اولا ضعيفة ثم قوية فان لم تنجح به الجلد
 بذلك المهيج لانه واسطة جيدة في ازالة تجمع المصل واستعملت ايضا المحمرات
 على هيئة لوزق والمحاكم الحافاة والرطوبة وغير ذلك فان لم يقع ذلك جميعه وجب
 استفراغ المادة الزلالية بالبرل * بازلة الاستسقاء في الورم وكيفية ان تدخل بعد
 ان يجذب الجلد الساخر للمحل الاكثر ارتفاعا من غيره الى الخلف ويستمر على ذلك
 مدة البرل ومدى مكث ما سورة البازلة في القصة ليستر بجر درده وتركه بعد ذلك
 القصة الباطنة ويمنع دخول الهواء في التجريف المفصلي خوفا من تأثيره في
 الغشاء الزلالي فانه بتأثير الهواء فيه لكونه مريضا يزاد تهيجه فتتغير طبيعة
 مادة الزلالية وتنسوس الغضاريف والاطراف العظمية ومعالجته التابعة
 تكون باضجاع المريض على ظهره وثني ركبته نصف انثناء وتغطيتها برفايد
 منسربة من بعض السوائل القابضة المحللة وهذه الوضعيات اذا استمرت مع
 الراحة ثمانية ايام او عشرة نفعت في منع انصباب جديد ربما استدعى المعالجة
 المذكورة ناديا * ومنها التهاب المفاصل المزمن فقد يحدث في المنسوجات
 المحيطة بالمفاصل المكونة لها التهاب بطي من كثير ما يكون تابعا لافات

المعالجة

بالبزل

او ترز كاسياى التهاب
 المفاصل المزمن

متقدمة ومن جملة نتائج هذا الالتهاب استسقاء المفاصل المار قبل ومن اسباب
الالتهاب البطيء المذكور تأثير البرد والرض وغيرهما واول ما يصيب هذا الالتهاب
المنسوج الخلوي والوتر العريض الكائن تحت الجلد المحيط بالمفصل وثانيا الا ربطة
المفصليسة وثالثا سمحاق الاطراف العظمية ورابعا الغشاء الزلالي وخامسا
الغضاريف وسادسا العظام نفسها فنشأ هذا الالتهاب في احدى هذه الاجزاء سعى
بالتدريج الى بقيتها وغار فيها حتى يعمها بالكلية ويم اجزاء المنسوجات المعنية على
تكوين المفصل ثم ان تسخية مريض عن هذا المرض من الانتفاخ
بالاورام البيضاء والاورام الخنازيرية او غيرها ينبغي اهمالها واتمها المطلوب
التأمل في سير هذا الداء في الاحوال المختلفة وكما به اعراضه الرئيسة ثم مقاومته
بحسب طبيعة التنوعات الحيوية المكونة له وهذا الانتفاخ الكائن في الغضاريف
المفصليسة الموجب لطول الاطراف بسبب تبعية الاسطحة المفصليسة من بعضها
وقهرها على ان تفارق بعضها مما يسبب الالتهاب المزمن المذكور وهو السبب
ايضا في تسوس المفاصل المزبل لارتفاعات العظام القاهر لها على ان تطبع
الفعل العضلي فتخلع وحيث يكون خلعا نابعا والسبب ايضا في احداث
التجمعات الصديدية الباطنية والفتحات الظاهرة التي قد تنوصر وتتهك
المريض على استدريج وتحدث ايضا الاستحالات العظمية او الشحمية
او السرطانية في جميع المنسوجات المفصليسة * ومعالجة الالتهابات المفصليسة
المزمنة في اى مفصل كان تكون بشكرير وضع العلق وراحة المريض بالكلية
والاستحمامات والوضعية الملائمة حتى تزول الاعراض التهيجية فاذا زالت التجي
للمصرفات والمنقطات والمقصي وغيرها من المهيجات الجلدية التي تغطي المفصل
المصاب وتحيط به لكن لا ينبغي استعمال هذه الوسائط الا بعد الاستمرار من اطويلا
على الاستفرغات الدموية الموضعية والمليينات اللتين كثيرا ما تكونان كافتين
في تجميع الشفاء ومنها الانكيلاوزى اى تعقد المفاصل وهو مرض يصيب المفاصل
فتكون به منتفخة في الغالب انتفاخا غير طبيعي وفاقد للحركة هذا كايما اوجزيا
ولذا انقسم الى كامل وغير كامل فالاول يعرف بتعقد الحركة الكامل المستمر لكون

تأخر هذا الالتهاب

المعالجة

الانكيلاوزى

الاطراف العظمية المنتفخة فيه ملتصقة التصاقا محكما بحيث لا يمكن ادخال
 المحل الذي كانت متميزة فيه اولا عن بعضها والثاني اى الغير الكامل يكون الورم
 فيه اقل صلابة منه في الاول فليين بغمز الاصبع ولا يزال فيه بعض تحرك واكثر
 ما يصيب هذا الداء المفاصل الجانجليزية اى الزوية وذلك لان حركاتها محدودة
 ولان اسطحها عظامها المتحاسة اكثر سرعة من غيرها فادنى تغير فيها يسبب
 التصاقها وعلى هذا فكثر مشاهدة هذا الداء في المرفق والركبة وقد يصيب جميع
 المفاصل فانه قد شوهد ان معظم المفاصل في بعض هياكل العظام كان ملتصقا
 ويندر ان يكون هذا الداء عضويا والغالب ان يحصل عقب آفة في العظم او في
 الاسطح المفصالية فيكون نتيجة سقطة او ضربة او رض او التواء او خلع او كسر
 او ورم عظمي في الاطراف العظمية او تسوس في الاسطح المفصالية او خراجات
 او اورام في باطن المفاصل وغير الكامل منه يصدر ايضا من جفاف الغضاريف
 ووقود القشور ومن عدم افراز المادة الزلالية ومن صفقة الاربطة فيشاهد كثيرا
 في الاشخاص المتقدمين في السن والمشتغلة في اشغال شاقة وعقب الكسر
 الذي يستدعي راحة العضو المستطيلة جدا والكامل منه من الامراض التي
 ينبغي ان تهملها الجراحة لكونه غير قابل للشفاء اذ لا واسطة بها يتمكن من
 ارجاع الملاسة للاسطح المفصالية بعد فقد هياكلها واما كسر الالتصاقات التي
 اكتسبتها العظام فليس هناك اضرار منه لانه يحدث خطرا من الاول وهو
 التسوس حتى كان نتيجة مرض في المفاصل لا بد منها لو متوقعة خلى ونفسه
 للطبيعة عناية ما فيه ان يجتهد في تهيئة اجزاء المفصل بحيث ان التحامها لا يسبب
 الاتعب اقليل اما يمكن ثم ان غير الكامل منه كلما كان جديدا كانت معالجته
 اسهل وانجود الوسائط في ذلك ان يرجع للفصل الى ممارسة حركته بسهولة وذلك
 بان يحرك حركات خفيفة آخذة دائما في الزيادة فان بهذه الحركات تنقر المادة
 الزلالية ويها تصير الاجزاء لينة وخوة بعد ان كانت متييسة من عدم الحركة
 ويستعان على هذه الوسطة بالاستحمامات الفاترة وبالثياب الملينة
 وبالدلك اليابس بالخرق المسخنة من الصوف وبالمكمدات بالماء المشحون

بحوريات الامونياك وبالمروخ الزئبق وبالمخلات المليئة للعضو في موضع العضو
في الروث او في مادة اخرى حيوانية متخمرة ليتمكن الاحسن الاستحمام
والتنطيل من الماء المغدق الحار وغير ذلك من جميع الادوية الكافية في السحبات
تخرج تخفيف وفي تنقيص جساوة الاجزاء وترخيتها وقد اوصى ايضا باستعمال
لذلك الزئبق ووضع اللزق الصابونية وهذه الاشياء تحفظ في الحقيقة نحو الى
المفصل نوع جورطب حاراي نوع حمام بخاري حيواني ككاف جدا في تليين
النسوج

الكلام على خلق المفصل اى قطعها

خلق المفصل عملية بها يقطع الطرف العظمي للمفصل بمسح بحق بمرأ غليظة
من الاطراف المفصلية للفتلج بالارتميس من انكليزي سيقوكيا لخلق المفصل في
وكان القدماء يستعملون هذه العملية فيما ذكرنا من المعلم ويجدد وهو طبيب
انكليزي اوصى في سنة الف وسبعماية وثمانية وستين بان يبدل الخلق بين العضو
في تسوس المفصل وقد وجد بعده جملة من الجراحين الجريين القرنساوين
استعملوا خلق الاطراف المفصلية في الكسر المفتت لهذه الاطراف ثم ان هذه
العملية تكون في اربعة مفاصل الاول مفصل المرفق وينبغي فيها ان يكون
المريض مضطجعا على بطنه والمفصل منتبها نصف انثناء بحيث تكون جهة
الخلقية معرضة للجراح وجهها ذلك يستعمل على مكن صغير مستقيم ومثمن
ومشار زنجيري اى كزنجير الساعة ومنشبا وندي يد وجعوت ربط الاوعية
واخيطة مشعة ولوحة من خشب في برق الصمغية وايز مخنية ونسالة ورقائد
ولعاقفة ومساعدان لمسك المريض وعضوه * وكيفية العملية على طريقة
دبو يتن ان يشق الجراح شقا طويلا طوله من قيراط ونصف الى قيراطين في كل
من حافتي الجهة السفلى من جاتي العضد ثم يشق ثقا عرضيا يوصل بين الاولين
يمر به من اعلى رأس المرفق ثم يشق الغمد الحاوي للعصب الزندي ويعزله امام للنتو
المعنى الانسي للعضد ويضبطه هناك بمساعد يعلق ليصونه عن تأثير الالات

كيفية العملية

ثم يفصل العضلة ذات الروس الثلاث العضدية ويعزلها ثم يفصل رأس المرفق من قاعدتها ويتأمل فيها فان كانت خريضة استأصلها بالنشر وان كانت سليمة ابقاها في الهدب ثم اذا تاكد ان جزءا من الطرف السفلي للعضد متغيرا قطع الارتبطة الجانبية للمفصل وخلع العضد الى الخلف ونشر هذا الجزء المتغير من طرفه كله واذا تحقق ايضا ان الطرفين العلويين لعظمي الساعد من بضان خلعهما الى الخلف ثم نشرهما واحدا بعد الآخر ثم بعد ذلك يضم شقي الجرح ويحفظ الساعد عن الحركة بعد ان ينشيه نصف اتقاء بواسطة قضبان او ميزاب ثم تتم المعالجة كالمعالجة الجروح الثقيلة العظيمة السعة وقد استعملت هذه العملية من ارا كثيرة لشفاء التسوس ولاستئصال الشظايا العظمية في كسر المرفق التفتي فتجبت عندما كانت اللعوم سليمة من الفساد الا ان المرضى لم يشفوا الا بعد زمن طويل واخطار كثيرة فهي من جملة العمليات الجراحية الثقيلة جدا

الثاني المفصل الكتفي العضدي وعملية خلقه تنوع بحسب الاحوال الى انواع فانا كانت رأس العضد منكسرة من اصابة اسلحة نارية كفي ان توسع الفتحة الحاصلة من الرصاصة مثلا ثم تستأصل الشظايا العظمية وان كان الجسم المنقذف ازال جزءا من الجسم المنكسر امكن خلق العضد من نفس الجرح فان كان في هذا العظم تسوس وجب قطع هذب ليتمكن من اخراج الرأس وتكون طريقة فاي اودبويتزن الموضي بها عني بتر الذراع من مفصله العلوي هي الموافقة لعملية رأين خلق العضد * فطريقة فاي ان يجلس المريض ويضبط بمساعدتين ثم يشق الجراح شقين احدهما امام الاخر والثاني خلفه ومبدأ كل منهما من حذاء ارتفاع هذه الشوا الى جذاء الاتدغام السفلي للعضلة الدالية ثم يشق شقا ثالثا بالعرض ليوصل به الطرفين السفليين للشقين الاولين لبعضهما ثم يفصل الهدب ويقلبه ثم يقطع اوتار العضلات المتدخلة في حديتي العضد ثم يشق المحفظة المفصالية ويرز رأس العضد ويربئها بالنشر ثم يضع قطعة من خشب خلف العضد لتصون الاجزاء الرخوة من تأثير المنشار * وطريقة دبويتزن وهي اجود الطرق وامر عليها ان يجلس المريض كما ذكر ثم يمد ذراعه مداقيا

طريقة فاي

طريقة دبويتزن

ويعسك الجراح بيده اليسرى كتلة العضلة الذاتية وينفذ في قاعدتها سكيناً ذات حدين قاطعين ويمر بهما بين هذه العضلة والعضد ويحركها من أعلى إلى أسفل على طول هذا العظم حتى تصل إلى منبغ الوتر ثم يميل السكين إلى الوحشية فبذلك يتكون في زمن واحد اليد الذي كان يتكون في عمادة فإى بثلاثة شقوق في ثلاثة أزمنة * والمعالجة المتابعة لذلك أن يوضع العضد في محله ويضم الجرح ويعالج المريض كعالمته إذا كان مصاباً بكسر مصحوب بجرح ثم إن بعض المرضى قد يولد بعد هذه العملية بسبب التقيح ومن شفي منهم ينسد الشام الطرف المنقطع من عضد التاماً كاملاً بالكتف بل العظامان في معظم الأحوال يتضمان بواسطة جواهر ليفي نخين يضبط الذراع ويمكنه من تجميع بعض حركاته وبالجملة فهذه العملية خطيرة جداً ولذا لم تستعمل إلا في الأحوال التي فيها حالة الأجزاء الرخوة يؤمل منها بقاء الذراع

الثالث الفصل الشظي المشطى وكيفية الخلق فيه أن يجلس المريض ثم يشق الجراح شقاً طوله قيراطان من الحافة الخلفية للشظية إلى أسفل الكعب الوحشي من جهة الخلف ثم يشق شقاً ثانياً من الجهة السفلى لهذا الكعب ويمده من الأمام إلى منبغ العضلة الصغيرة الشظية ثم شقاً ثالثاً مستطيلاً من الأنسية على الحافة الخلفية للقصبة إلى قمة الكعب الأنسي ومن هنا يتجه به إلى الأمام نحو ارتباط العضلة القصية المقدمة ثم يبعد عزل الشظية يقطع الجزء السفلي منها بالمنشار من أعلى المرض ويخرجته ثم يحول القدم إلى الوحشية ويقطع الأربطة المندمجة في الكعب الأنسي ومن حيث أن القصبة تبرز من الجرح الذي في هذه الجهة يقطع منها ما هو متسوس وإذا وجد في الكعب أثر مرض قطع تنوء المفصلي والمعالجة المتابعة أن يرد القدم إلى وضعه وتقرب الأهداب إلى بعضها ثم تصان عن الحركة حتى يحصل انتشام المشط باطراف عظمي الساق وهذه العملية لم تعمل إلا مرات قليلة وأغلبها لم ينجح

الرابع الفصل القحذى القصبية وقد اخترع له جملة من الطرق أنسبها طريقة المعلم بيجين وهي أن يوضع المريض على خافة سرير أو طاولة مثني الساق ثم يشق

الجراح من أسفل الرضفة شقابه بفصل رباطها السفلى وكذا الارتبطة الجانبية للركبة ثم يفتح المفصل فتحا واسعا ويقطع الارتبطة المتصالية ثم يخلع الطرف السفلى لعظم الفخذ أولا إلى الأمام ثم الطرف العلوي للقصبة ثم يتم الحلق بالمنشار وإذا كانت الرضفة مريضة استأصلها والمعالجة التابعة أن يوضع الساق منبسطة متركزا على قضيب أو على ميزاب وهو الأجود ليحفظ على هذا الوضع إلى نهاية المعالجة ثم إن نتائج هذه العملية غير مرضية في الغالب فإن المريض فيما نجمع منها لم يستبدلوا بما كبده من المشاق والخطار في مدة الأشهر الكثيرة إلا حفظ عضوا لا يستطيع المشي عليه ثم اعلم أن النافع حقيقة دون غيره من بقية أنواع الحلق خلق الأطراف العليا من مفصلها إذ بالحلق فيها تحفظ حركات اليد والأصابع فينبغي الالتجاء إليه في آفات المرفق والمنتكب مادام يمكن فعله وهو فيما أحسن من عملية البتر ولا يقال ذلك في القدم والركبة لأن من شق بالحلق فيهما من المرضى حصل في أطرافه قصر عظيم يعد أن كبده من العوارض الثقيلة جدا ما كبده ومع ذلك فلم يبق له إلا عضو ضعيف معوج قليل الصلابة أقل نفعاً من ساق من خشب وعملية البتر فيهما مع كونها لا يحصل منها أخطار عظيمة كهذه الشجيرة ثم إن المنشار الزنجيري المخترع من مدة قريبة صير عملية الحلق سهلة التتميم عما كانت عليه وهو فصل ضيق جداً مركب من جملة قطع متحركة مسفرة ببعضها فتش وتنفرد كزنجير الساعة وهذه الآلة تنفذ خلف العظام بواسطة ابرة منخنية أو مستقيمة لها سن أو لاسن لها على حسب ما يقتضيه الحال ولمسات هذه الآلة للعمل بها يركب في كل من طرفيها يد معدة لها

تأملات كلية
في اليد

الفصل الثالث في آفات العظام وهي سبع

الاولى الكسر

الكسر هو تفرق اتصال في عظمة أو أكثر يحصل من سبب ياد ثم إن كان في عظمة واحدة وليس مصحوباً بجرح أو نحوه سمي بسيطا وإن كان في عظمتين مكونتين لجهة واحدة كالكعبرة والزند بالنسبة للساعد سمي مركبا وإن كان مصحوباً

يخرج او تمزق في وعاء كبير ارق عدد في حبييل عصبى او ارتجاع في مفصل واحد
 او اكثر واضطراب مخي او نخاعى او وجود او غير ذلك سمي مضاعفا ثم ان كان العظم
 فيه منكسر الى قطع كثيرة سمي تفتتيا ويتقسم ايضا الى واصل ان حصل في المحل
 الذى اثر فيه السبب البادى والى غير واصل ان حصل في محل بعيد عن محل تاثير
 السبب ومثاله ان تحصل سقطة على الركبة فيتكسر جسم عظم الفخذ او عنقه
 لشغل الجسم ومقاومة الارض والكسر يسمى باسماء مختلفة على حسب اتجاه
 تفرق الاتصال الحاصل في الاجزاء المنكسرة فيقال كسر عرضى اذا انكسر
 العظم بالعرض وكسر منحرف اذا كان تلاقى الجزئين بعد الكسر على سطحين
 منحرفين كثيرا او قليلا وكسر طولى اذا كان تفرق الاتصال فيه بالطول وكسر
 شعاعى اذا كان التفرق لجهات مختلفة كاشعة الشمس وكسر درزى اذا كان
 في التفرق اسنان بارزة ثم ان زوغان القطع المنكسرة يكون على اربعة انواع
 زوغان بحسب سمك العظم وزوغان بحسب الطول وزوغان بحسب الاتجاه وزوغان
 بحسب الدائرة فالزوغان بحسب السمك ويكون في الكسر العرضى ان تلامس
 حافة احد جزئى لعظم المنكسر سمك الجزء الاخر لاعلى التساوى فيحس عند وضع
 الاصبع على محل الكسر بعدم التساوى المخاذى لبروز احد الجزئين المنكسرين
 وانخفض الضئى والى الزوغان بحسب الطول ان يركب احد جزئى العظم المنكسر
 الجزء الاخر فيحصل في الطرف قصر وهذا النوع يكون دائما في الكسر المنحرف
 ويكون فيه اوليا ويندر في الكسر العرضى ويكون فيه ثانويا والزوغان بحسب
 الاتجاه ان يعيل جزءا العظم المنكسر بحيث تكون منه زاوية حادة ويعرف
 بسهولة من تقاص الطرف والزوغان بحسب الدائرة ان يلتفت احد جزئى
 العظم المنكسر التفتا نحويا الى عكس جهة الجزء الاخر سواء كان ذلك لانحر
 ساكنا ومتحركا فثاناه في كسر عظمى الساق اذا كان تقدم غير مضبوط ان يلتفت
 الى الوحشية وينسب الى الجزء السفلى المنكسر على العلوى فيميل عرف القصبة
 الى الوحشية وانضمية الى الخلف ثم ان هذه الانواع الاربعة لا توجد في جميع
 العظام ولا تكون في بعضها على حد سوى فانه لا يوجد في كسر العرضى

في جسم العنك الاسفل الزوغان غير كامل بحسب السمك وذلك لكثرة سموكتيه
وقلة حركته كما ان الزوغان بحسب الطول يعسر جدا في كسر عظام الساعد
والساق لانه لا يتم الا اذا كانت العظمة من اول الامر متروكة تركا كاملا بحسب
سمك العضو (ولعل المعنى اذا كانت العظمة قبل الكسر غير ممسوكة بالعضلات
والاربطة في جميع سمكها) ولا يحصل في الغالب بسبب عرض الاسطحة التي بها
يتلامس جزء العظم المنكسر وهذا الزوغان محال في القدم والكف لان كثرة
العضلات والاربطة ومقاومتها فيما تحفظ جزء العظم المنكسر على وضعهما
واما الزوغان بحسب الاتجاه والزوغان بحسب الدائرة فهما كثيرا الحصول في
الاطراف وقد يكونان مصحوبين بالنوعين اللذين قبلهما كما في كسر الفخذ فان
الانواع الاربعة قد تكون فيه وذلك لان الفعل العضلي قد يزيغ بحسب السمك
احد جزئي العظم المنكسر ثم يرفع السفلي بحيث يركب على العلوي فيحصل
الزوغان في الطول واذا كان الساق والقدم منخفضين عن الفخذ كما اذا كان الجزء
العلوي من الفخذ موضوعا على نحو وسادة تسبب عن ثقلهما بروز الجزء السفلي
من المنكسر الى الامام فيحصل الزوغان في الاتجاه واذا كان القدم غير مثبت
تحول الى الوحشية وجذب مع الساق الجزء السفلي من المنكسر فتحصل حركة
رحوية بها تكون دائرة كل جزء من المنكسر خارجة عن مجاورتها الطبيعية
فيحصل الزوغان الى الدائرة ثم ان الزوغان المذكور اما ان يكون من السبب الذي
بسبب كسره العظام دفع امامه جزء من المنكسر معا او احدهما فقط واما من
انقباض العضلات المرتبطة اعلى الكسر واسفله سواء كان الارتباط في العظم
المنكسر او في العظم الذي يتصل به المنكسر اتصالا مفصليا واما من ثقل الاجزاء
واما من حركات المريض الصادرة منه بدون انتباه واما من سوء وضعه عقب حصول
المصيبة هذه هي اسباب الزوغان واما الاسباب المتعمدة للكسر فالسقطات
والضربات ومصادمة الاجسام المتقدفة في الحرب وشدة ضغط الجمل لان هذه
الاسباب تؤثر في النسيج العظمي زيادة عن تمديد هاله تقوسا فجائيا به نزول من
اجزائه القوة الماسكة وهنالك اسباب مهيئة تغير البنية الالية للعظم فتصيره

اسباب الزوغان

اسباب الكسر

هشاهي الحديبة ورياح الافرسة والداء الاقربجي والاسكوربوط والسرطان
والقويا والجرب والشيخوخة فان عظام الشيوخ اكثر قبولا لسرعة الكسر
من عظام غيرهم ويمكن ان يكون ذلك صادرا فيهم من تناقص المادة الهلامية
وتزايد المادة الملمية او من تناقص سمك جدران التجاويف النخاعية لانها تزيد
سعتها فيهم وعما يبي له ايضا الهزال لتتقيصه حجم اللحم المحيط بالعظام وسطحية
وضع بعض العظم ثم ان العظام الطويلة الغليظة كالقصبة والفخذ في الاطراف
السفلى اكثر قبولا لانها ممكن في مسك اسباب الكسر من غيرها
من بقية العظام بخلاف العظام العريضة التي في الجذع فانها لما كانت اقل
تعرضا للمصادمات الموجهة لكسرها كان كسرها اقل واتدرها كسر القصير
منها ثم ان علامات الكسر اما معقولة واما محسوسة فالمعقولة وهي ملتبسة جدا
الالم والخدر وعسر تحريك الجهة المريضة وتعذره والمحسوسة وتستفاد بالحواس
هي سوء التركيب وقصر الاطراف وعدم التساوي فيها وقرقرة القطع المنكسرة
فسوء التركيب وقصر الاطراف يكونان من زوغان العظم ويعلمان بالنظر
واللمس وبواسطة مقابله الجهة المريضة بالسليمة وعدم التساوي صادر من
زوغان بعض الشظايا العظمية او من زوغان جزئي العظم المنكسر ويعرف بوضع
الاصابع على العظام السطحية اى الغير الغائرة كالقصبة والرضفة ونحوهما
والقرقرة صوت يحصل من احتكاك جزئي العظم المنكسر او الشظايا العظمية
بعضها بعض ولتحصيل هذه العلامات يوضع كل من اليدين على الجهة المصابة
ويضغط بهما على المحل المظنون ان فيه الكسر او بمسك الجزء آن من المنكسر
ويحركان حركة متخالفة وهذا اذا لم يكن الطرف عظيم الحجم فان كان عظيمه
كأنه يخدمك مساعدا القدم وحركة حركات رطوبة متخالفة للجهتين حال كون
الجراح مثبتا الجزء العلوى من المنكسر باحدى يديه وواضعا الثانية على محل
الكسر فان لم تدر لالقرقرة بالسمع ظهرت بحس الجراح وممارسته واعتياده على
ذات يديه انه تميزها عن الاثر الذي يحصل من الاتفيز بما والاوذىما او من
تحريك الاربطة والاسطحة المفصالية بعض حركات ثم ان هذه العلامات وان

علامات الكسر

وجدت فقد لا تشخص المرض الا تشخيصا غير واضح اما لكون اجزاء المنكسر
 باقية على وضعها الاصلى او لكثرة الاجزاء الرخوة المحيطة بالعظم كعنق عظم الفخذ
 او جسمه او لوجود الورم الالتهابى الحاصل فى الجهة المريضة ومتى كان وجود
 الكسر غير مؤكدا لتغطى الجهة المصلية برقائد مغموسة فى سيال محلل وتحفظ
 على وضع ثابت لا يتغير بواسطة جهاز وثيق فان ذلك يكفى فى ازالة الورم بعد ايام
 قليلة وفى تحقق الجراح وجود المرض المشكوك فيه او عدمه * ثم ان انذار الكسر
 يكون على حسب نوع العظم المصاب ونوع تفرق الاتصال وسن المصاب
 ومصاحبة بعض الامراض والعوارض التى تعقبه اما اختلافه بحسب نوع
 العظم المنكسر فان كسر العظام السطحية كالترقوة والفك الاسفل والقصبه
 اقل رداءة من كسر الاضلاع وعظم الفخذ وعظام الحوض وكسر عظام الجذع
 اشد خطرا من كسر عظام الاطراف وكسر عظام الاطراف السفلى اشد خطرا
 من العليا لاختلاف حجم العضلات والعظام المكونة لها ومما يزيد فى ثقل الكسر
 الراحة الكلية القهريه والوضع المتعب الذى تقضيه دائما العظام اللاسمية وعظمى
 الفخذ والساق واما اختلافه بحسب نوع الكسر فان الكسر الحاصل من
 سبب غير واصل اقل قبولا للعوارض من الكسر الحاصل من شيب واصل مع
 اتجاذهما فى جميع الاشياء فالكسر اذا كان فى طرف العظم اى فى مفصله من
 سقطة على ذلك المفصل يخشى فيه من تغير الغضاريف والاربطة المفصلية ثم
 من الانكسار لوزى بخلاف ما اذا كان الكسر فى جسم العظم من سقطة على طرفه
 المفصلى فلا يخشى من هذه العوارض وكذا اختلافه فى اتجاه الكسر فان تجبير
 الكسر بالعرض اسهل جدا من تجبير الكسر المنحرف والكسر التفتى لان الزوغان
 فى الكسر ين الاخيرين وتغزق الاجزاء الرخوة المصاحبة لهما فى الغالب يصيران
 الانذار فيهما اقل منه فى الكسر الاول وكذا اختلافه بحسب السن فان تجبير
 الكسر فى السليم من الشبان من داء الحزازير اى التلغم فيه لا يبطى زما
 طويلا بل يكتسب الصلابة والمتانة العظيمة بسرعته بخلافه فى الشيوخ فيبطى
 فى السير جدا وقد لا يكمل واما اختلافه بحسب ما يصاحبه من الامراض

فان الاوسكور بوط الذي قد يصاحبه ردى مجدا فانه زيادة عن كونه يمنع اجتهاد الطبيعة في الالتئام بمحقق ما فعلته منه ولا ينبغي ان مما يزيد في خطر الكسر ما يصاحبه من جرح او رض اللحم او الالتهاب او غرق الاوعية والاعصاب او التقيح الشديد الغاير او الحميات الشديدة التي تحدث

الكلام على معالجة الكسر

معالجة الكسر تكون اولا برزوغان الاجزاء العظمية ان كان ثم حفظها على وضعها الطبيعي وتدارك ما يصاحبه من الامراض قبل حصوله او مقاضاته ان كان حاصل * ثم ان كان الكسر في عظام الوجه او في احد الاطراف العليا فلا شأن للمريض يمكنه الاتئام بنفسه بدون تعب ويكفي في هذا تثبيت العضو المكسور باليد السليمة ومنعه عن التحرك واما اذا كان في احد الاطراف السفلى او في العاصود لفقاري فادر ما يفعله المساعدون من الاجتهاد ان يتقلوه باخف ما يمكنهم من الحركة ثم يقربون الفخذ المكسور والساق المكسور الى مقابله السليم ثم يضعون تحته لوحا او اى جسم متين صلب ليصان به عن الحركة ثم يوضع المريض وضعافقيا وتزع ملابسه باحتراس ويقص منها ما هو ضيق جدا ويستدعى بعض حركات اذا نزع ثم بعد ذلك يرد الكسر ورده يكون بالشد والشد المقابل وبالتجبير الى التوفيق وليس يلزم ان تكون هذه الحركات الثلاث موجودة في جميع انواع الكسر فان عظام الوجه والرأس والجذع لا يكون فيها سوى التجبير لان الاجزاء المنكسرة منها لما كانت مضبوطة بالعظام المجاورة لها كانت قليلة الزوغان جدا بخلاف الاطراف فلا بد فيها من الحركات الثلاث * فالشد جذب احد جزئ العظم المنكسر لتخايصه من سوء وضعه وجعله حذاء الجزء المقابل له ويكون باليدين فقط او معانتين ياربطه يدخل في عروته العضو المكسور ويندر الاحتياج لوسائط غير ما ذكر والشد المقابل حركة تقابل حركة الشد والمقصود منها تثبيت احد جزئ العظم المنكسر القريب الى الجذع وحفظه عن تحركه ولا يفعل الا حال الشد في الجزء الثاني وانما يلزم اذا لم يكن

معالجته الاولى

رد الكسر

بالشد

والشد المقابل

تتكل الجسم في مقاومة الشد فيقوض الى مساعد او اكثر تثبيت الجهة المصابة
 اما بالايدي منفردة او مع اربطة توضع في محل لا تقيد ذلك ولا ينبغي ان يكون كل
 من حركتي الشد والشد المقابل في محل الكسر خوفا من تهيج العضلات واحداث
 انقباض تشنجي يمنع الاجتهاد في الرد فينبغي في كسر الفخذ مثلا ان يكون الشد
 من اسفل الساق والشد المقابل في الحوض وقد يكون كل من حركتي الشد
 والشد المقابل في عضو بعيد عن العضو المصاب لاقتضاء كينونته ذلك واستحالتهما
 فيه كالترقوة اذا كانت مكسورة فيكون الشد في العضد والمنكب والشد المقابل
 في الجذع وقد لا يكونان الا في العظم المصاب نفسه كما اذا كان الكسر في الفك
 مثلا فلا يكونان الا فيه لتكون الاجزاء المنكسرة في وضعها متماسة ثم انه ينبغي
 ان يكون الشد الى خلاف اتجاه الجزء الزايع من العظم فاذا انكسر العضد مثلا
 انكساراً منخرقاً وكان الجزء المنحاز للساعد منه صاعداً من الانسية كان شده
 يجذبه اولاً بانحراف الى الاسفل والوحشية ثم باستقامة الى الاسفل فقط ليعود
 الى وضعه الطبيعي ثم انه لا يمكن في اول الامر تعيين درجة قوة الرد المضطر اليها
 في اي كسر كان فانها تكون بحسب الزوغان كبر او صغره وبحسب مقاومة الجهة
 شدة وضعفها والتجبير هو فعل يدفع به الجراح اجزاء العظم المنكسر او الشظايا
 العظمية الى بعضها ويوقفها بيده حتى يضعها في مجاوراتها الجيدة ولا تكون
 هذه الحركة في الكسر البسيط فانه يكفي فيه تقريب طرفي الكسر حتى يتلامسا
 وانما تكون في الكسر التفتتي فان الشظايا فيه لا يمكن ان تتساوى من ذاتها اذ لم
 يدفع بعضها نحو بعض بالاصابع وهو لازم في ردي بعض انواع الكسر ككسر عظم
 الجمجمة وعظام الانف والنتوان الزوجية والاضلاع وغيرها واكثر صدور
 الزوغان في هذه الاعضاء من السبب البادي ثم ان حفظ تجبير الكسر لا يحصل
 الا بكيفية وضع العضو وراحته والجهاز الملائق به فاما وضع العضو المصاب
 فيختلف بحسب نوع الكسر ومجلسه ونحو ذلك غير ان الغالب ان يكون على سطح
 افقي لو سادة محشوة بكتان او قطن او شعر خيل او تبين وتكون مغطاة بملاء مطوية
 بجله طيات وقد استعمل الجراحون لوضع العضو طريقين فبعضهم استعمل

وبالتجبير

طريقة الوضع الافقي وبعضهم الوضع الاثنثاني النصف فالوضع الافقي وان كان
ليس بطبيعي جدا وتكون فيه العضلات متصلة فهو حسن من حيث انه يعلم
منه بقاء اطراف العظم على المجاورة التي اكتسبتها وعدمه لكن عيبه ان العضلات
تجتهد دائما بفعلها في ازاعة الاجزاء المنكسرة فيصير هذا الوضع مؤلما جدا
في الغالب وكثيرا ما ينشأ عنه انكسار لوزي وجسادة المفاصل والوضع الاثنثاني
النصف ان يوضع العضو منتشيا اتثناء غير كامل وهو اجد من سابقه من حيث
استرخاء العضلات فيه وراحة العضو للراحة الكاملة وعدم امكان زوغان اجزاء
المنكسر وقلة اتعابه للمريض ما يمكن لكنه يقتضي من المريض التحمل والهدوء
ولم يستعمل الا في اطراف العلياء واما الراحة فضرورية اذا بدت بها اضطرب
الاجزاء العظمية فلا يتم التئامها واما ان تكون من ذلك مفصل غير طبيعي يعجز
المريض * واما الجهاز فيشتمل على رقائذ ولقائف ورباط ملفوف ورباط دسولت
ووسائد من كان او قطن او مشاق وجبائر وملاء آت وعصائب من كان فالرقائذ
تكون مستطيلة او مربعة كثيرة السمكة او قليلة بحسب حجم الجهة المصابة
وينبغي ان تغمس في سيال محال كالعرق المكوف وكد اللقائف ان اذ ذلك مما يصير
وضع كل سهلا جدا والرباط الملفوف يعمل بلقافة اعتيادية وينفع في انواع
الكسر البسيط جدا القليل الزوغان ككسر عظام الكف والقدم والساعد ورباط
دسولت مركب من اشرطة متفصلة عرض كل منها من قيراطين الى ثلاثة
وطوله كاف في ان يحيط بدائرة العضو مرة ونصف وعددها بقدر ما يكفي على ان
لثاني منها اذا غطي ثشي الاول والثالث ثشي الثاني وهكذا غطي العضو كله
والوسائد قطع من خرق تمهيء لتلاءم الاخيلية الكائنة في اسطح الاعضاء وتدارك
ضغط الجبائر المؤلم على الاجزاء البارزة والملاء آت تشمل الملاء آت المعتادة
وغيرها من قطع القماش الطويلة جدا ومنفعتهما ان توضع تحت العضو اتلف
فيها الجبائر الجانبية والسند الحاصل من لف الملاء آت على الجبائر يعين مع بقية
الاشياء على ثبوت الجهاز ومئاته والجبائر تقطع من مقوى او تنك او خشب
مختلفة في الطول باختلاف طول الجهة المكسورة ولا بد ان يكون في سطحها

الراحة

الجهاز

الباطن الملاصق للعضو بعض تقعيرووضعها يكون على سطح القطر المقدم الخلقى
والقطر العرضى للعظم المصاب وينبغي وضع اربعة منها فى كسر العضد وثلاثة
فى كسر عظم الفخذ ولا يحتاج فيه لاربعة لثيابة فراش المريض عنها وربما لا يحتاج
فى كسر عظام الساعد لوضع جبيرة على جهة العظم الذى بقى سليما فان سلامته
تقوم مقامها والعصائب من الكتان منعها تطبق قطع الجهاز وتثبيتها
مشدودة على العضو بحيث تكون مع الجهاز والعضو كجسم واحد ولذا ينبغي
تعددتها بقدر الحاجة وشدها شدا كافيا ثم انه لا يلزم اجتماع قطع الجهاز
المذكورة جميعها فى جميع انواع الكسر اذ لا يحتاج فى الكسر البسيط الى لقاع
اى حفاظ ذقنى ورفادتين مستطيلتين او ثلاث كما انه لا يحتاج فى كسر الساعد
الى جبيرتين احدهما من الامام والثانية من الخلف ورفادتين ولعقافة وعلاقة
بخلاف كسر جسم عظم الفخذ والقصبة والعضد ونحوها فلا بد ان يكون
الجهاز فيها كاملا وينبغي صف القطع المذكورة على فراش المريض بحسب ترتيب
استعمالها وهو عكس ما سلكناه فى شرحها فتوضع اولا العصائب ثم الملاءات
ثم الجبائر وهكذا على عكس ترتيب شرحها * ونما يستعمل فى تثبيت تجبير الكسر
بعض اجهزة ميكانيكية كثيرة التركيب او قليلته وسنذكرها فى معالجة بعض انواع
الكسر على حدتها * ثم بعد وضع الوسائط المثبتة للجهاز ووضع العضو وضعها
لا يقاىجهتد فى تدارلك العوارض الممكن حدوثها فينبغى الابتداء كما هو العادة
بحمية المريض مدة اربعة ايام او خمسة ثم قصده حال قصده او اكثر بحسب سنه
وقوته ومزاجه الا اذا كان ضعيفا هرما فلا يقصده ثم يؤمر له بمشروب مرطب
ويؤذن له بعد ثمانية ايام بتناول الاغذية وينبغي ان يتبدأ منها بالمشروبات الخفيفة
وان يراد فى كيتها تدريجا واذا كان معه استسالك اعطيت له الحقن او الادوية
المسهلة اسهالا لطيفا وينبغي ايضا بل الجهاز فى الاربعة والعشرين ساعة الاولى بماء
محلل كالماء القراح او العرق الممزوج بالماء ثم بمطبوخ الخبازى او منقوع اليبسان
وليحترس من ان يكون الجهاز مشدودا جدا او مرتخيا كذلك ويجتهد فى جعل
المريض ملازما للراحة الكلية حافظا لعضوه عن التحرك * ثم انه ينبغي

الجهاز الميكانيكى
والكسر

المعالجة التابعة

اعادة الجهاز

ان لا تمضي خمسة عشر يوما بدون ان يحل الجهاز ليعلم هل اجزاء المنكسر ملازمة
 لبعضها او لا وليحترس من تحريك العضو وقت الاستقصاء عن ذلك وهذا كله
 اذا كان الكسر بسيطا وغير مصحوب بعارض اصلا كالرض او الجرح او الالتهاب
 او الخلع وهذه هي مصاحباته الرئيسية فان كان مصحوبا برض شديد وجب
 الالتجاء بالقصد ووضع المحللات وازالة الجهاز عن غداة الوضع وعبادة العضو في كل
 يوم وبذلك يتدارك ما يمكن وقوعه من التورم العظيم جدا الذي ربما اذا حصل واستمر
 تتغثر منه الجهة واذا تكونت نقاط فحت بالمقص بان تقطع به البشرة الساترة
 لها وينبغي التنبيه وقت القطع ثم تغطى بخرق رقيقة مدهونة بمرهم جالينوس وان
 كان مصحوبا بجرح وجب في اول الامر ان يبحث هل هو ناشئ عن سبب الكسر
 او عن شظايا العظم المنكسر فان كان عن السبب المذكور ويكون حيث اقل ثقلا
 ويقطع سيره بدون ان يعيق شفا الكسر كفت فيه المداواة البسيطة فيداوى مداواة
 تابعة بدون ان يزال الجهاز الكلية وان كان عن شظايا العظم ويكون حيث ثقيلا
 جدا وجب في اول الامر ادخال تلك الشظايا لكن يجب قبل ادخالها اذا كانت
 منحرفة فيها اسنان حادة ازال تلك الاسنان بالمشروط وهذا اذا لم تكن الشظايا
 منفصلة فان كانت منفصلة بالكلية وجب استئصالها واما ان كانت غير منفصلة
 بالكلية وجب ابقاؤها واذا احتيج في ادخال هذه الشظايا محلها التوسيع الجرح وسع
 * وان كان الكسر تفتتيا ومصحوبا بعارض كتمزق الجلد وهتك العضلات والوتار
 تمزقا وهتك اعظمين بحيث يخشى منهما موت هذه الاجزاء وجب بتر العضو بدون
 تراخ ومثل هذا في وجوب البتر ما اذا كان كل من الطرفين المفصلين لعظمين
 متفتتا والاجزاء الليغية الضامة لهما متمزقة واذا حصل للشخص ارتجاج وان
 كان خفيفا من ثقله من المحل المصاب فيه الى المحل الذي يداوى فيه او اخر عنه
 الاسعاف حصل دائما ورم التهابي كثيرا وقليل فعند ذلك ينبغي الالتجاء بالقصد
 العام والحماية ووضع الضمات الملبنة على جميع العضو المصاب وينبغي تجديددها
 كل يوم حتى يزول الالتهاب وان كان الكسر مصحوبا بخلع وجب رد الشئ في قبل
 تجبير الاول مادام الخلع قابلا للرد والا شئ تغل من اول الامر بتجبير الكسر

التشام الكسر

ولا يجتهد في الرد إلا بعد التشام الكسر التشام متينا وان احتمل ان لا يصح الرد
 * ثم ان التشام الكسر تشام من تكون الدم شديدا وهي مادة التحام العظام زمن التشام
 العظام المنكسرة التي لم تزل مغطاة باجزاء رخوة كثيرة السلامة او قليتها ينقسم
 الى ثلاثة ادوار الدور الاول يحصل فيه طفقان دم قليل الكمية يصدر من تمزق
 الاوعية وافراز عصاره لزجة ترشح من الغشاء الخشاعي والسمحاق والانسجة
 المجاورة او القريبة والدور الثاني يحصل فيه ورم التهابي في هذه الاجزاء المختلفة
 سيما السمعاق فيرم ويحسد عن العظام بسبب ارتشاح العصاره المذكورة ثم لما
 تكاثف هذه العصاره والانسجة المجاورة للكسر ويتكون من ذلك من الخارج شبه
 حلقة ومن الباطن شبه مسمار علاما لقناة الخشاعية ينضم طرفا العظم لبعضهما
 وينتقل ذلك الى الحالة العظمية والدور الثالث تلحم فيه حقيقة اطراف العظم
 المنكسرة التي كانت لينة بواسطة تعظم العصاره اللزجة الكائنة بين الاطراف
 وتتكون القناة الخشاعية ويرزول ورم السمعاق وتعظمه وكذا ورم الاجزاء الرخوة
 وتعظمها وتتكون المادة في الدور الاول والثاني يسمى بالاندمال الوقي وتكونها
 في الدور الثالث يسمى بالاندمال الدائم وقد وضع هذا التمييز في الطب العملي المعلم
 د بويترن بعد ان تاكده بالامتحانات المتكررة في الحيوانات الجلية

الكلام على كسر العظام تفصيلا

ولما فرغنا من الكلام على الكسر بوجه اجمالي نشرع في الكلام على كسر كل عظم
 على حدة وما يلزم له من التخيير فنقول

الاول كسر السلاميات وهو يحصل دائما من سبب واصل ويصحبه رض قوى في
 الاجزاء الرخوة وكثيرا ما تهزم تلك الاجزاء مع قطع العظام * ويعرف بتشوه
 الاصبع فيكون مقوسا لجهة الالتئام من محل الكسر ويكفي غالبا في تحقق تقوسه
 ادنى الاستقصاء * وورد هذا الكسر يكون بشد احد المساعدين الاصبع المكسور
 حال كون المساعد الاخر ماسكا للكف مثبتا له والجهاز لفافة صغيرة تلف على
 الاصبع بعض لقان وجبيرتان من خشب رقيق يوضعان على السطحين

علامته

الرد

الظهري والراحي للاصبع ويحاطان ببعض لفات ثم تقرب الاصابع الى بعضها
او يلف عليها ايضا بعض لفات ويكون في التثام هذا الكسر خمسة وعشرون يوما
او ثلاثون ثم اذا كان هذا الكسر معجوبا بهرس او جرح وظهر مع ذلك ان الجهة
قابلة لعودها للحياة ويجب تقريب شفتي الجرح لبعضهما وتسكين الالتهاب
بالقصد واستعمال الماء البارد فاذا كانت السلاحي قريبة الانفصال عن الاجزاء
الرخوة فالاجود بترها حالا

الثاني كسر عظام المشط كسر عظام المشط غير كثير الحصول ويندر ان يكون غير
واصل وذلك لاستئادهما ببعضها وينشأ من الهرس او من مصادمة الاسلحة
النارية وقد ينكسر بعضها كسرا بسيطا تعسر معرفته لانه لا يوجد فيه زوغان
لحفظه بالعظام المجاورة له في محله ورده في اى حالة من الاحوال كركس
السلاميات والجهاز فادنان درجيتان يوضعان على طول العظم المنكسر ثم
يجبرتان ضيقتان يوضعان عليهما ثم لغافه تثبت جميع ذلك وتلف ايضا على الكف
والتثامه يتم في عشرين او ثلاثين يوما واذا كان هذا الكسر معجوبا بجرح او شظايا
وجببت عملية الاطلاق لاستئصال القطع العظمية المنفصلة واذا صحبه هرس
في عظام كثيرة مع هتك في الاوتار يجب ان يظهر ان التثام الكف محال وجببت
عملية البتر

الثالث كسر عظام الرسغ كسر عظام الرسغ يتسبب دائما عن سبب واصل
ويكون معجوبا في الغالب برض شديد او جرح او بهرس في العظام اذا كان
السبب المؤثر قويا جدا ويعرف بتشوه الجهة وبالقرقرة ولا يسهل دائما وجود
هذه العلامة الاخيرة ثم ان هذا الكسر مادام غير معجوب بجرح يداوى بوضع
الجهاز المخصوص بكسر الساعد الا ان الجهاز المذكور هنا يمد الى الكف ثم
يعالج برض الاجراء الرخوة بالوسائط المناسبة له فان كان معجوبا بجرح
او شظايا وجببت عملية الاطلاق واخراج تلك الشظايا ومقاومة العوارض التي لا بد
عن ظهورها

الرابع كسر عظمي الساعد عظم الساعد قد ينكسر ان معاً او احدهما وكسر

الكعبرة أكثر حصولاً من كسر الزند لأنه يتحمل ثقل الجسم في السقطات على الكف وهي لا تحمل ذلك ومن حيث كونها المركز الرئيس للكف وكون اتجاه وضعها كاتجاه وضع العضد فهي أكثر تعرضاً للأسباب البادية وكسر الكعبرة قد يكون في وسطها أو في أحد طرفيها ويكون بالعرض أو منحرفاً وقد يتسبب عن ضربة أو سقطة على الحافة الوحشية للساعد لكن الغالب أن يكون من سبب غير واصل وذلك في إذا حصلت سقطة على راحة الكف فأنضغطت الكعبرة فيما بين العضد الموصل لها ثقل الجسم وبين الكف لم تتركز على الأرض أو تقوست جداً فأنه تنكسر لكن انكسارها في بعض الأحيان يكون من نحو وسطها وفي أغلبها من نحو أحد طرفيها * ثم إن المريض حال حصول هذه المصيبة يستشعر بالشد ولا يتمكن من تجميع حركة الكف والانبساط ثم إن كان الكسر في الجهة الوسطى منها عرف بجسه بإيرو بانغمز كثير أو قليلاً لأنه يحس بانغماض الأجزاء المنكسرة نحو الزند وذات حركة الذراع حركة انبطاح وكب فلا يتحرك الجزء العلوي منه أصلاً وأما إذا كان قريباً من طرفها السفلي أعني قريباً من المفصل الكعبري الرسغي كان التشخيص في بعض الأحيان عسيراً لكن الكف يكون منقلباً إلى الانسية والزوغان بحسب الطول يكون محالاً بالكلية لأن الزند يكون بمنزلة جبرة لها وردها انكسر سهل جداً غاية ما فيه أن يجتهد حال الشد في تميل الكف نحو الحافة لزندية الساعد ثم الذهاب بالجزء السفلي المنكسر إلى الوحشية * والجهاز يشتمل على القطع المذكورة في كسر عظمي الساعد معاً أو ستأتي وعلى الجبرة الزندية للمعلم دبو بترن وهي صفيحة من حديد مخنية من طرفها السفلي وقبل رضع جهاز كسر الساعد الاعتيادي الذي يثبت الطرف العلوي للجبرة الحديدية على الحافة الزندية للساعد ببعض لغات من اللقافة ويوضع فيما بين الجهتين الانسية لعنق اليد وبين تحديب هذه الجبرة رفادة مطوية بجملة طبقات تبعد بذلك الجبرة عن الزند ثم يقرب الكف نحو الجبرة هلاماً تحتته لكعبرة بواسطة بعض لغات من اللقافة وهذه الآلة قليلة الثقل ويأخذ التمامها في خمسة وعشرين يوماً أو ثلاثين * وعظم الزند أقل

العلامات

الزند

الجهاز

كسر زند وحده

كسرا من الكعبرة وإذا حصل كان غالباً في طرفه السفلي وقد يكون في وسطه
وقد يصيب التواء المنتهى هو به من أعلى رأس المرقق * وهو يحصل في الغالب
من سبب واصل اعني من ضربة أو سقطة على الحافة الانسية للساعد وقد ينشأ
عن سبب غير واصل كما إذا حصلت سقطة على لكف حال كونه متحركاً حركة
تقريب قوية * وعلامته ان يحفظ الجزء المكسور العلوي من جسمه وضعه
الاعتيادي وينجذب السفلي منه نحو الكعبرة بفعل العضلة المربعة ثابطة ورد
كسره كرد كسر الكعبرة الا ان الكف فيه بمال نحو الحافة الكعبرية للساعد لاجل
ان يحصل تبعيد الجزء السفلي المكسور * والكعبرة الزند كثيراً ما ينكسر ان معاً
وقد سموا هذا بكسر الساعد والاولى ان يقال كسر الكعبرة والزند وهذا الكسر مع
كثرتة هو اقل حصولاً من كسر الكعبرة وحدها ثم انه يكون بسيطاً ومزدوجاً كما انه
يكون في وسط الساعد او قرب احد طرفيه وسندركونه في الطرف العلوي لانه
موتق ومحفوظ بعضلات صفيقة كثيرة وانكسارها في اغلب الاحوال يكون
متخادياً وتارة يكون متخالفاً بالارتفاع والانخفاض * والغالب ان يكون من
سبب واصل كضربة ومرورجل عريانة وغيرهما وقد يكون من سبب غير واصل
كسقطة على اليد لكنه لا يزدوج اي لا يكون في محلين الا من السبب الواصل ثم انه
لا بد ان يعجبه زوغان الاجزاء المنكسرة اي المجذاب احدها نحو الثاني وتقاربهما
بدون واسطة بسبب فعل العضلات الكابة ومن ذلك تناقص المسافة الكائنة
بين العظمين التي سلامتها ضرورية لحركة الانكباب والانبطاح وسبب تناقصها
اندفاع العضلات المائلة لها الى الامام او الى الخلف ولا شأن ذلك مما يغير
شكل هذا الطرف تغيراً خفيفاً وقد يعجبه الزوغان بحسب الاتجاه وتسبب عن
فعل العضلات انقباضة والبساطة وقد يتسبب عن سبب الكسر ايضا وقد
يعجبه زوغان بحسب الطول الا ان كيفية انضمام الكعبرة والزند بالرباط بين
العظمين تصير ادراكه عسراً ما لم يكن هنالك تمزق عظيم * واعلم ان تشخيص هذا
الكسر سهل في الغالب ويعرف بالحركة الغير الاعتيادية الكائنة حذاء الكسر
وبانخفاض حواف الكعبرة والزند وبالترقعة وبعسر حركة الانكباب والانبطاح

كسر الكعبرة والزند معاً
قوله والاولى لعل وجد الاولوية
ان الساعد يشتمل رأس المرقق
مع ان كسر رأس المرقق يختص
بامور ولذا افرد

وبالالم المصاحب لهذه الحركات ثم ان كان الكسر نحو الطرف السفلي من الساعد فلا يشك في وجوده لكن قد يتفق ان يظن انه خلع حصل في مفصل الكف سيما اذا حدث ورم عقب الكسر لكن ان كان الورم خفيفا امكن معه التمييز بينهما بمسك الجزء السفلي من الساعد باحدى اليدين والكف باليد الثانية ثم تحريكه فان سرت الحركة الى الجزء السفلي من الساعدتين ان هنالك كسرا او افلاوان كان الورم عظيما جدا كان تمييزه ماعسرا جدا وفي هذه الحالة خطر لانه كثيرا ما يأخذ الكسر في الالتئام قبل ان يزول الورم الذي هو كثيرا ما يستمر بسبب التهييج الحاصل من الاجزاء فيكون الالتئام معيبا او يصير الخلع غير قابل للرد اما ان كان الكسر نحو الطرف العلوي منه ففي تشخيصه بعض عسر لسهولة الاجزاء المحيطة بهذا الطرف وضيق المسافة بين العظمين في هذا الجزء والغالب انه لا خطر في كسر الساعد الا في هذه الحالة * ورده يكون يثنى الساعد نصف اتثناء وكبه نصف انكباب ثم قبض احد مساعدين على اصابع المريض الاربع لفعل الشد وقبض مساعد آخر على العضد بقوة من اعلى المرفق لفعل الشد المقابل ثم دفع الجراح العضلات الباسطة والعاضة في المسافة بين العظمين بالغمز الخفيف على الوجهين المقدم والخلفي من هذا العضو لترجع هذه المسافة الى حالتها الطبيعية بسبب انفصال الاجزاء المكسورة من الكعبرة عن الاجزاء المكسورة من الزند ثم بعد ذلك يضع الجراح على ظاهر هذا العضو وباطنه عدة من الرقايد الدرجية تكفي في ارتفاع قطره المقدم الخلفي عن المستعرض بحيث يتحمل هو وحده ضغط الرباط ثم يضع على الرقايد جبيرتين ويثبتهما بلقافة طولهما من ثمانية اذرع الى عشرة لكن بعد التف بها حلة لفات حلقيه حوالى الكف لتدارك تورمه الا وذيى ثم يبسط العضو من اتثناءه النصفي ثم بعد ذلك يحفظ متكبا على وسادة او يعلق في علاقة وينبغي تجديد الجبها في كل سبعة ايام او ثمانية والغالب ان يلتئم الكسر في خمسة وثلاثين يوما او اربعين

الخامس كسر رأس المرفق كثيرا ما تنكسر رأس المرفق بسبب سطحية وضع هذا

النتوء والغالب ان يكون من سبب واصل كسقطه او ضربة على المرفق وقد يحصل من انقباض العضلة العضدية ذات الرأسين انقباضا تشنجيا ومجلىه قاعدة هذا النتوء اوقته ويكون طويلا وعرضيا ومنحرفا كما يكون بسيطا وممكوبا بجرح او خلع في الساعد او في العضد ويكون دائما ممكوبا بزوغان اذا كان غير طولي واذا كان بالعرض او منحرفا جذبت العضلة العضدية ذات الرأسين الجزء العلوي منه الى اعلى ومن حيث ان هذه العضلة تترك الساعد عند ذلك ينشئ دفعة توجد مسافة عظيمة فيما بين الجزء العلوي والسفلي من المنكسر ويعرف هذا الكسر بسهولة من مقابلة المرفقين ببعضهما وبالاحساس بخلو غير طبيعي عند وضع الاصبع على المرفق المصاب ويعسر التشخيص اذا كان هنالك انتفاخ حوالى المفصل * والردي يكون بشد الساعد ثم تنكيس المرفق وهذا اذا لم يكن هنالك انتفاخ عظيم والاجتهاد اولا في ازالته بالنصد والوضعية مع الملية مع الاعتناء بحفظ الذراع من ثنيانصف انثناء وهذا الوضع هو الا ليق به خصوص اذا خيف حدوث الانكسار لوزي لانه يحصل غالباً اذا كان الكسر ممكوبا بالمصابعات المتقدمة * ومعالجة هذا الكسر تكون بشد الذراع ووضع الرباط الضام للجروح المستعرضة عليه ثم وضع الرفائد الدرجية فوق الجزء العلوي منه ولا توضع الاعلى منه لان رأس المرفق قابل للزوغان ثم وضع جبيرة على الجهة المقدمية للذراع تمد عليه من نصف العضد الى نصف الساعد ثم بعد ذلك يثبت الجهاز بواسطة لقافة ويتبني ابقاء هذا الجهاز مدة ولا يغير الا عند استرخائه

السادس كسر العضد قد ينكسر العضد من وسطه او من طرفيه او من محال كثيرة بين هذين المجلين والدلالات الشكائية تختلف باختلاف محله ولذا انقسم كسر العضد الى كسر جسمه وهو ما كان اسفل متدغم العضلات الكبيرة الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة والى كسر عنقه وهو ما كان اعلى من ذلك فاما كسر جسم العضد فيكون في وسطه اسفل متدغم العضلة الدالية بقليل وقد يكون في نفس المتدغم المذكور وينسدر وصوله الى قرب الطرف نحو المفصل العضدي الزندي فانه قد يمتد ليه عند متباعد النتوين اللقيمين عن

بعضهما وهذا الكسر في اى محل كان مجلسه يكون عرضيا او منحرفا او تقريبا
ويكون بسيطا او مركبا * واذا نظر لاسبابه فيندر حصوله من سبب غير واصل
اي من سبب يكون تأثيره في كلا طرفيه معا يزيد في تقوسه الطبيعي فينكسر جسمه
والغالب ان يكون من سبب واصل كصدمة او ضربة تؤثر في المحل الذي يحصل
فيه الكسر * وعلاماته ان يحس المريض حال الكسر بالتم ثابت في نقطة ما من
العضد ولا يمكنه استعمال ذراعه الذي يتغير شكله واتجاهه بسبب انقباض
العضلات المحيطة به وقد يكون هذا التغير اختلاجا او تشجيا ثم ان كان كسر
هذا العظم من جهته الوسطى اسفل مندغم العضلة الذالية في مسافة ارتباط
العضلة العضدية المقدمة لم يحصل الزوغان طولاً لان هذه العضلة بسبب موازاتها
للعضلة ذات الروس الثلاث العضدية تمنع ذلك وان كان الكسر بالعرض كان
الزوغان زاوياً فقط وان كان منحرفاً ركب الجزء السفلى المكسور على العلوى بالطول
اما من الانسية والوحشية على حسب اتجاه الانحراف وان كان كسر اسفل
مندغم العضلة الذالية انجذب الجزء السفلى الى الاعلى والوحشية من انقباض
هذه العضلة وذهب الجزء العلوى الى انسى العضلات الثلاث الكبيرة الظهرية
وانكبيرة المبرومة والكبيرة الصدرية واتساع اسطحة الاجزاء المكسورة يمنع الزوغان
العظيم فيما اذا كان الكسر في الجزء السفلى للعضد لكون الجزء المذكور يذهب
قليلاً الى الامام من العضلات الكعبية والعضلات الشاغلة للجهة المقدمة
للساعد وفي بعض الاحوال النادرة وجد هذا الجزء بارزاً الى الخلف لكن كان
سبب لكسر في هذه الحالة غير تام التأثير لكونه احدث دفع ذلك الجزء الى هذه
الجهة وبقي فيها مركز الجزء العلوى وحركة الشد تكفي في رده الى وضعه الطبيعي
وان انفصل احد النتوين اللصين عن العظم انجذب الانسى منهما الى الامام
والانسية والوحشى منهما الى الوحشية * وكسر العضد يصحبه دائماً زوغان
كثير او قليل الى احدى الجهتين المذكورتين وهذا الزوغان يغير المجاورة التشريحية
المعروفة وذلك مما يصير واسطة في التشخيص فان الحدية الوحشية للعضد اذا لم
تخاذل وبرز المكعب وجدت في محل آخر فاذا تعرى المريض واستقصى من الخلف

عن وضع المرفقين فيه وجد المريض منهم ما سر تقعا عن الشاقى واذا قبض على
 العضد باليدين بان توضع احدهما على الجهة العليا والثانية على الجهة السفلى
 وحرك حركات متخالفة ادرك تحرك الاجزاء المكسورة بعضها فوق بعض وعند
 ذلك لا يشك في وجود الكسر وكذا لا يكون التشخيص عسرا فيما اذا كان مجلس
 الكسر في الطرف السفلى للعضد نعم يمكن ان يشبه بوجود خلع في الساعد
 والانتفاخ الالتهابى الذى هو كثيرا ما يحصل يزيد في الارتباك الحاصل في هذه
 الحالة وكسر جسم العضد لا يلتئم الا في اربعين يوما وخمسة واربعين اذا كان
 غير مصحوب بالمصاحبات المذكورة ولا يكون خطرا صلا الامتى كان قريبا جدا
 من مفصل المرفق لان الاسطحة المفصلية حينئذ قد تلتهب بالفعل ويخشى من
 حصول انكيلوزى كاذب * ومعالجة كسر جسم العضد سهلة جدا وتجبيره
 يكون بحركتى الشد والشد المقابل فالاولى تجذب الساعد المنتهى نصف اتثناء
 والثانية تثبت المنكب فعند ذلك يحصل تطابق العظم من ذاته غالبا وقبل وضع
 قطع الجهاز يحاط الكف والساعد والاصابع برباط مبروم تتدارك الاحتقان
 الاوذى قبل حصوله ويسير الجراح باللفات على العضد شادا عليه برفق ويلف
 اربع لفات حلقة او خمس على الكسر وتعلأ الحفرة الذاتية بنسالة وبعد تحقيق
 حفظ الردو كينونة البروز الذى فوق التواء القمى على مسامته خط الجهة الاكثر
 بروزا من المنكب توضع ثلاث جبائر على طول الخوافى الخلفية والمقدمة
 والوحشية من العضد وتوضع مخدة تتون عن الجبيرة الانسية وهذه الجبائر
 الثلاث ينبغي ان تتجاوز المنكب والمرفق بقليل ما عدا الجبيرة المقدمة وتثبت
 بلفات جديدة من اللقافة وقد يضطر لوضع رقادة او رقادتين درجيتين اسفل
 احدى الجبائر ليحفظ احدا الاجزاء المكسورة عن قبوله للزوغان للجهة الاخرى
 وبعد وضع هذا الحفاظ يسط الذراع متثنيا نصف اتثناء محفوظ البعد قليلا
 عن الجذع وبعد بعض ايام يؤذن للمريض بالمشى مع الحرص على تقريب عضده
 لجذعه وحافظا الساعده في العلاقة واذا كان مجلس الكسر قرب مفصل المرفق
 يكتفى فيه ايضا بنفس هذا الجهاز ولو كان لا يمسك مسكا جيدا على الجزء السفلى

كسر عنق العنق

المكسور منه وانما ينبغي الاجتهاد العظيم في ثني الساعد حتى ان عضلاته المقدمة تكون عديمة التأثير في الجزء السفلي المكسور وبعد ازالة الجهاز يبدل برباط مطبوع ولا يستعمل جهاز دسولت الا اذا كان الكسر مضاعف التركيب او كانت الاجزاء المكسورة قابلة دائما للزوغان وينبغي تجديد مداواته من اثار كثيرة * واما كسر عنق العنق فينقسم الى كسر عنقه التشريحي وكسر عنقه الجراحي فانهم تسموه في الكلام على العنق الى عنقين تشريحي وجراحي فالاول هو المضيق الحلقى الفاصل بين حديتي هذا العظم ورأسه وثانيهما محدود من اعلى بهاتين الحديتين ومن الاسفل بمندغم العضلات الثلاث الكبيرة الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة والكسر مثل ما يحصل في العنق التشريحي يحصل في العنق الجراحي * واكثر حصوله يكون من سبب يؤثر تاثيرا واصل في الجهة الوحشية العليا من العنق وقد يكون من سبب غير واصل كما اذا سقط الشخص على المرفق او على اليد وكان العنق محتسبا عدا عن الجذع فكسر العنق التشريحي يحصل في الغالب من جسم متعطف من الاسطحة النارية وكثيرا ما يكون مصحوبا بعوارض وهذه الحالة مع قلة تمدد الجزء العلوي فيها تدل على الشك الذي استمرز مناطويلا في امكان تحصيل الالتئام هذا الكسر لكن هذا الامكان قد برهن عليه الآن براهين جيدة فاذا كان الالتئام غير مستوفي فقد يشاهد اما تعاون الجزئين المكسورين على الالتئام واما السفلى منهم ما فقط بان يرسل زوائد عظمية حجرية الشبه والحجر الذي تشبهه يسمى حجرا استلايت اي حجر المغاور فتقبض على الجزء العلوي واما اذا لم يحصل الالتئام اصلا فالجزء السفلي قد يحفر العلوي ويتكون هنالك مفصل كاذب وفي كسر العنق التشريحي ينحذب الجزء السفلي المذكور الى الوحشية من العضلات فوق الشوكة وتحت الشوكة والصغيرة المبرومة وبخلاف ذلك ينحذب الجزء العلوي المذكور الى هذه الجهة اذا كان الكسر في العنق الجراحي والجزء السفلي من حيث انه يتبع الانقباضات الحاصلة في آن واحد من العضلات الثلاث لكبيرة الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة وذات الرأسين والغرايبية العضدية يدخل في الابط متجهما الى الاعلى

والانسية والريوغان بحسب الطول يكون في الغالب قليل الظهور الا اذا كان
الكسر منحرفا وقد يتفق ان الاجزاء المكسورة تبقى ملازمة لبعضها ولا تزوغ
اصلا لكن هذا نادرا جدا فتارة الجزء السفلي المكسور لا يمكن ان يذهب الى
الانسية يدون ان يبعد المرفق عن الجذع ويمكن تقريبه من غير عنف شديد لكنه بالم
شديد والمر يض لا يمكنه ان يفعل من ذاته حركة اصلا بعضه لكن بمعاونة ي قوة
كانت بتحريك عضوه لجميع الجهات غير ان هذه الحركات تسبب الماشدیدا
واذا وضعت يد على رأس العضد واليد الثانية قبضت على الجزء السفلي للعضد
وحرك هذا الجزء حركات بحملة بجهات ظهر حالا ان تلك الحركات لم تصل لرأس
العضد بل تحس او تسمع القرقة الصادرة من احتكاك الجزئين المكسورين
بعضهما وريغان ان هذه الاعراض وهذه العلامات لا ينبغي ان تبقى شكا اصلا
في وجود الكسر وقد اتفق ان هذا الكسر اشتبه بخلع العضد الى الامفل والانسية
وهنا بعض اشياء تمنع هذا الشك في الخلع يزول الشكل الكروي للمنكب
وتتخفض العضلة لذالية وتنقر طمح والاخرم يبرز بروزا واضحا في اعلى الانخفاض
ويوجد في الابط ورم صلب مستدير كائ في اعلى جزء من الابط والمرفق يبعد عن
الجذع ولا يتمكن من القرب اليه والعضد يميل الى الوحشية فيثبت فيها وخلق
العضد عسر الرد جدا وسهل الحفظ مردودا وفي الكسر يكون بخلاف ذلك فيبقى
المنكب حافظا لشكله الكروي ويكون الانخفاض اسهل من ذلك واقل وضوحا
ويكون الورم الكائن في الابط غير مستو واقل بروزا وهو متكون من الطرف العلوي
للجزء السفلي المذكور والرد هنا سهل جدا وحفظ رده عسر جدا وهذه الحالة الاخيرة
تصير تشخيص كسر عنق العضد اكثر اربا كما من تشخيص كسر جسمه
والاجتهاد ايضا في رد الجزء العلوي المكسور عسر جدا بالنظر لقصره وبالنظر
لهذا السبب الذي احدث هذا الكسر يكون في الغالب اقوى فعلامنه في كسر
العنق التشريحى واكثر خطرا منه في العنق الجراحى واما الرد فبعد ادراكه وتحقق
ان دعوى تنفع الاجتهادات الردية في الجزء العلوي من الكسر باطلة ترك
استعمال الرباط المبروم والسنبلى والحفاظ ذو الرؤوس الثمانية عشر ووسادة المعلم

مسكات وهذه الوسائط المختلفة كانت غير كافية بوضعها التيل المقصود على ان
وسادة موسكاتي دون البقية اذا كانت جافة تفعل في العضد ضغطا خطرا اذا
احتقن وتمكن الاجزاء المكسورة من ان تؤثر في بعضها عند تناقص الورم والا
ن يستعمل جهاز بسيط جدا فيجلس المريض على حافة سرير به ويبعد العضد عن
الجذع ويثبتته مساعدا فاعلا فيه حركة الشد المقابل وانحر حركة الشد بجذب الساعد
المتني نصف انثناء فيصيره كرافعة متوسطة واذا كان الردم مستحكما يوضع في حفرة
الابط وسادة مخروطية كما يفعل في كسر الترقوة وقاعدة هذه الوسادة الى اعلى اولى
اسفل ثم يثبت العضد على الجذع بلفات حلقيه والجذع يكون بمنزلة جبيرة له
ويجعل على هذا الوضع بواسطة علاقة تحيط بالعضد والساعد والمنكب او بواسطة
بعض لفات ونوع تثير هذا الجهاز سهل الادراك وهوائه ينفع جدا في زوغان
الجزء السفلي الانسي المكسور ويصونه عن الحركة الضرورية لتكوين الالتئام
واذا انتفخ العضد بسبب الشد عليه ازيل عنه الجهاز و قبل ارجاعه يحاط الطرف
بلفافة والغالب ان يبقى الجهاز زمدة تحسين يوما وستين والسبب الذي ينشأ
عنه كسر عنق العضد في الشبلان قد يسبب ايضا في الاولاد انفصال التئام العلو
لهذا العظم والدلالة العلاجية فيهم لا تختلف

السابع كسر الكتف كل من تحرك الكتف ونخن الطبقة العضلية المحيطة به
عما يصير كسره نادرا فاذا حصل كان في الغالب نتيجة سبب واصل شديد ثم ان
الكسر قد يصيب جسمه ولكن الاغلب ان يكون في نتواته غيراته اكثر حصولا
في الاخرم فهذا التئام ينكسر في الغالب من ضربة او سقوطه جسم ثقيل على طرف
المنكب وقد يكون من سبب غير واصل يؤثر في الطرف السائب الاخرم وبعد كسر
الاخرم في كثرة الحصول يكون كسر الزاوية الانسية للكتف دائما نتيجة سبب
واصل شديد وكسر جسم الكتف دائما نتيجة سبب شديد جدا فيكون معجوبا
برض شديد في الاجزاء الرخوة الكائنة خلف الكتف واحيانا تاتي الاحشاء المنحصرة
في الصدر ويكون طويلا او مستعرضا فيكون العظم مكسورا الى جزئين او اكثر
* وعلاماته مختلفة فاذا كان الكسر في الاخرم كانت الرأس مائلة للجانب

المريض والعضد غير متحرك كما اذا كان الكسر في الترقوة واذا كان في الزاوية
 السفلى كان تحرك الجزء السفلي المكسور وتباعده عما يصيرانه سهل المعرفة
 واذا كان الكسر طوليا كان اعسر معرفة من غيره لانه غير مصحوب بزوغان
 اصلا لكون الاجزاء المكسورة باقية على ملاسة بعضها بالعضلات المرتبطة بها
 وكسر عنق الكتف نادر جدا وعسر المعرفة * والتجبر ايضا مختلف فاذا كان
 الكسر في الاخرم وجب رفع العضد نحو المنكب ليرتفع الجزء المكسور المنخفض
 من الاخرم الى رأس العضد وليوضع فيما بين العضد والجذع مخدة تحتها من
 الاسفل اكثر من الاعلى ويربط في زاويتيها العلويتين شريطان من كان يعقدان
 على المنكب السليم ثم يوضع على الكسر رقائد مغموسة في سيال محلل وتثبت
 بواسطة لفافات من لقافة يوتي بهامن المنكب السليم الى المنكب المريض اسفل
 مرفق الجهة المريضة ثم تذهب تحت الابط السليم ومن هنالك تمر على المنكب
 المريض وتنزل على طول العضد تحت المرفق فهذه لقافة واحدة ويفعل هكذا ثلاث
 مرات او اربعا وينبغي ان يحفظ الساعد بعلاقة ثم بواسطة رباط جسم يحفظ
 العضد قريبا من الجذع واذا كان الكسر مصتيا بالجسم الكتف بالعرض او لزاويته
 السفلى وجب ان يوضع تحت الجزء السفلي المكسور بعض رقائد ثخينة وتثبت فيه
 بلغافات من لقافة ثخينة تحيط بالجذع يثبت بها العضد على الصدر بجاذبة المرفق
 الى الامام ثم يضبط بواسطة علاقة وفي الكسر الطولي تحفظ الاجزاء المكسورة
 ملاسة لبعضها بواسطة العضلات فيكني فيه تثبيت العضد على الجذع واما
 كسر عنق الكتف والنتو الغرابي منه فتادرا ان جدا ويكونان معصوبين دائما
 باقات الاجزاء الرخوة التي هي المرض الرئيس لان الكسر في حد ذاته لا يستدعي
 من المعالجة غير رفع العضد وتقريبه للجذع كما ذكرنا ذلك في كسر الاخرم
 الثامن كسر الترقوة كسر الترقوة كثير الحصول بسبب ان شكلها مستطيل
 ومنحنية انحنائين متخالفين ولا ترتكز الا من طرفيها وتكون مسندا في حركات
 المنكب القليلة السعة وكسر هذا العظم يكون من اسباب واصلة واسباب غير
 واصلة فالكسر في الواصلة يكون عرضيا وفي غير الواصلة يكون منحرفا او تفتتيا

والواصله هي للضربات والسقطات المؤثرتين تأثيرا واصلا في نفس هذا العظم
 وغير الواصله هي الضربات والسقطات ايضا لكن على طرف المنكب لان تأثيرها
 يضغط الترقوة من طرفيها فتزيد في التقوس الطبيعي للترقوة اى انحنائها *
 وعلامات هذا الكسر ان يكون العضد مهدولا على جانب الجذع ورأس
 المريض وجذعه مائلان للجهة المريضة ولا يتمكن من توصيل يده الى رأسه
 ولا الى المنكب السليم المقابل واذ اجس الجراح بالاصابع على الترقوة احس
 بانغصال في طول هذا العظم ويبروز متكون من الجزء الوحشى المكسور اى الجزء
 الاخرى الكائن تحت الجلد وحركة العضد او المنكب لاتصل للجزء الانسى *
 والتجبير في ذلك يكون بجذب المنكب الى الوحشية والاعلى والخلف فيجلس
 المريض على سرير او على كرسى ويقف الجراح من جهة الطرف المكسور ويضع
 احدى يديه تحت الابط ويذهب بالجزء العلوى من العضد الى الوحشية والخلف
 حال كونه قابضا يده الثانية على المرفق ليذهب به بقوة الى الانسية والامام
 والاعلى وحال فعل هذه الحركات يجذب الكتف فينجذب معه الجزء المرتبط به من
 الترقوة ويوصله مع الجزء الاخر وتجبير هذا الكسر سهلا جدا غير ان حفظه
 مجبور اعسر جدا في مدة المعالجة كلها ولذلك اخترع له رباطات كثيرة اجودها
 رباط دسوات الذى نوعه جملة من الجراحين ولندكر هنا هذا الرباط وكيفية وضعه
 فنقول * كيفية وضعه ان يجلس المريض امام الجراح ويمسك مساعده عضد
 الجهة المريضة ويبعده عن الجذع على زاوية مستقيمة ويضع الجراح تحت الابط
 الاثخن من المحدة التى على هيئة الاسفين المصنوعة من نسالة او من قطن او من
 قاش تحشى في قطعة من خرقة متينة طولها يقرب من طول العضد وعرضها من
 اربعة قراريط الى خمسة وثخن قاعدتها ثلاثة قراريط ثم تاخذ في التناقص
 تدريجا الى الطرف الثانى ومساعد يقف على الجانب المقابل ليضبط هذه
 المحدة عن زاويتيها ولاجل تثبيتها يمسك الجراح لفافة عرضها ثلاثة قراريط
 وطولها نحو واحد عشر ذراعا ويضع طرفها السائب على وسط الوسادة اعنى
 المحدة ويلف لفتين حلقيتين عليها وعلى الجذع ثم يذهب باسطوانه اللفافة على

رباط دسوات

المنكب المقابل ثم خلفه ثم تحت باطن هذا المنكب وعند ذلك يلف باقة حلقية افقية
 النصف جوا الى الجذع ويذهب بتلك الاسطوانة منحرفا بها الى خلف المنكب
 السليم ثم عليه ثم امامه ثم تحت الابط ثم خلف الصدر وينتهي الاسطوانة بلفات
 حلقية تغطي المحدة من قاعدتها الى طرفها المستدق السفلى وطرفها الاخر
 يثبت بدوس وكذا محال الاتصال بالحاصل من اللقافة المنحرفة المحيطة بالمنكب
 وبعد تثبيت المحدة يدفعها الجراح الى اعلى باحدى يديه قابضا بشانتيهما على المرفق
 المثنى نصف انثناء فيقرب العضد بقوة الى المحدة ثم يحركه من اسفل الى اعلى حركة
 كلية يرفع بها المنكب ذاهبا به قليلا الى الخلف وبواسطة هذه الحركة المزوجة مع
 كون العضد استحال الى رافعة من النوع الاول بواسطة المحدة المرتكزة عليها
 فيجذب الجزء المكسور والوحشى الى الوحشية ويتخلص من اسفل الجزء الانسى
 ويصعد الى محله فيساوى الجزء الانسى في الارتفاع متجنبيا معه الى الاعلى والخلف
 ويحفظ مساعدين الجزئين على هذا الوضع وعند ذلك يحسك الجراح لقافة
 ثانية شبيهة بالاولى ويضع طرفها لسائب اسفل ابط الجهة السليمة ويذهب
 بالاسطوانة امام الصدر على الجزء العلوى للعضد المريض ثم خلف الصدر ثم تحت
 ابط الجهة السليمة ويغطي اللقافة الاولى بلفتين اخريين مثلها ثم ينزل الى قرب
 المرفق بلفات تستمر محيطية بالجذع وبعضها الجهة المريضة وتشد كلما نزل بها
 الى الاسفل وهذه اللقافة تديم الفعل الذى به يجذب الجزء العلوى من العضد الجزء
 المكسور والوحشى من الترقوة الى الوحشية ولاجل ان يحفظ من فوق ما يتدأ بجلى
 الاخيلية الكائنة اسفل الترقوة واعلاها بنسالة ويغطي المحل المحاذى للكسر
 برقادة مستطيلة درجية مغموسة في سيال محلل وبعد ذلك يحسك الجراح لقافة
 عرضها ثلاثة ارباط وطولها ستة عشر ذراعا يضع طرفها السائب تحت ابط
 الجهة السليمة ويوجهه بانحراف امام الصدر على الرقادة المستطيلة المغطية
 للكسر ثم على المنكب المريض ثم خلفه ثم على طول الجهة الخلفية ثم اسفل المرفق
 ومن هنالك يصعد بها بانحراف امام الصدر الى تحت الابط ويمر بها خلف الظهر
 ثم ياتى بها على الرقادة المستطيلة وامام المنكب والعضد ثم تحت المرفق ومن هنالك

يذهب بها بانحراف خلف الظهر الى تحت ابط الجهة السليمة وهو محل ما ابتدأ
 ومن هناك يتدنى ثانيا كما فعل اولاً بان يذهب بها من امام الصدر وخلفه وعلى
 المنكب المنكسر واسفل المرفق المحاذي له حتى يعود ثانيا الى تحت ابط الجهة
 السليمة وبعد ذلك ينهي بقية اللقافة بلقات حلقيه تحيط بالعضد والصدر لتثبت
 الجهاز كله ويدبائس لتثبت لغات اللقافة لتلايم بعضها على بعض وهذه
 اللقافة الثالثة تؤثر في تثبيت مجاورة الاجزاء المكسورة لبعضها بنوعين فحفظ
 الجزء الوحشي المكسور من تفعاينا به عن يد المساعدة القابضة على المرفق الرافعة له
 وتكس على الجزئين المكسورين حافظة لهما على ارتفاع واحد بواسطة الرافعة
 وتصلب اللغات عليها وبعد وضع هذه اللقافة على ما ذكره توضع يد المريض في
 علاقة ولاجل زيادة ثبات الجهاز يحاط بمعزم يثبت تثبيتاً قوياً بدبائس
 او غرز خيطة ويحترز جداً من تلف هذا الجهاز ويعاد ثانيا اذا ارتخى ويمكن
 لالتئام هذا الكسر خمسة وعشرون يوماً او ثلاثون وبهذا الحفاظ تستوفي جميع
 الدلالات الشفائية استيفاء جيداً غير ان وضعه عسر جداً ويرتخي بسهولة
 فيستدعي تجديده مرات كثيرة وكثير من الناس لا يمكنه ان يتحملة بسبب انه
 يعيق عن التنفس وفي النساء يضغط الثدي ضغطاً مؤلماً فلذلك خففه كثيراً من
 الجراحين وصيره بسيطاً فجعله متخذاً من الخدعة التي ذكرت آنفاً المحيط في كل
 جانب من قاعدتها شريطان من خيط او من خرقة يربطان على منكب الجانب
 السليم ويوضع العضد ملاصقاً للجذع بواسطة رباط جسم وعلاقة تمر اسفل المرفق
 وتجذب العضد الى اعلى وتضبط الساعد * وهناك جراحون لا يستعملون
 الا وضع الطرف المكسور على الوسادة ويضعون المريض على ظهره وبهذا الوضع
 لا يؤثر ثقل الطرف شيئاً فلا يتفق ان يزوع الى الاسفل لكن ذلك يقتضي ان المريض
 يكون ذات حمل وصبر عظيم وذلك قليل الوجود جداً فلذلك تنوعت هذه
 الطريقة بوضع الخدعة اسفل العضو وتتقرب العضد الى الجذع بواسطة لغات
 تحيط بالجسم وبالجهة السفلى من الطرف وبقيّة طول اللقافة تلف لغات منحرفة
 مارة اسفل المرفق وعلى المنكب المقابل

الحفاظ المحقق
 لدسولت

الوضع لافتي للمريض

التاسع كسر القص كسر القص ينشأ من ضغط قوى او ضربية او سقطية على
مقدم الصدر وقد ينشأ من تمطي فجاءى شديد في الجذع بانقلابه الى الخلف ويعرف
هذا الكسر بسهولة بوضع الاصابع على السطح المقدم للقص فيشاهد فيه بروز
واحد او اكثر على حسب كون الكسر في محل واحد او اكثر ويحسن بحركة غير
طبيعية لهذه العظام ويستشعر المريض بالم قوى يزيد بحركات التنفس وقد
تسمع قرقرة العظام المكسورة والدلالات الشغائية منحصرة في ردها هذا الكسر
سريعا سيما اذا كان احدا الاجزاء المكسورة بارزا الى الباطن واذا كان كسر
القص بسيطا لا زوغان فيه كفى وضع بعض الرفائد المغموسة في سيال محلل وثبيتها
برباط جسم وتوصية المريض باستلقائه على ظهره ورأسه مائلة الى الامام
وتخذه منتشيان واذا كان احدا الاجزاء المكسورة بارزا الى الامام وضعت الرفائد
الدرجية على هذا البروز لتدفعه الى الباطن فيلا مس الجزء الاخر المكسور
* واذا حصل انخفاض عظيم جدا في العظم وكان احدا الجزئين المنكسرين
او كلاهما هجبا للاعضاء المنحصرة في التجويف الصدري بحيث يتسبب عن
ذلك عوارض ثقيلة وجب الشق للكشف عن العظم ورفعه السطحا بالعظمية بطرف
ملوك او رافعة معدة لهذا الامر واذا لم يمكن ادخال احدي هاتين الاكتين تحت
العظم وجب حينئذ وضع تاج المثقاب فانه يسهل دخول الالة واذا وجد هنالك
كسور عظمية متفرقة وجب استئصالها وهذه الكسور تصدو في الغالب من
ضربات شديدة او من اسلحة نارية وتكون مصحوبة برض شديد كثيرا ما يسعى الى
الاعضاء المنحصرة في الصدر فلذلك يجب استعمال المعالجة المضادة للالتهاب
الاشد فعلا بان يكرر الغصد وتوضع الضمادات المليئة على المحل المصاب ويؤمر
المريض بالحمية القاسية والغضروف الخجري لا يمكن ان ينكسر الا في الاشخاص
المتقدمين في السن فانه يتعظم فيهم ففي هذه الحالة يكفي في شفاؤه الوضع اللائق
والرباط البسيط وهذه المعالجة المسعفة بوضع لائق بحيث تكون الجدران البطنية
متمددة به تنفع في كسر القص واذا كان الجزء السفلي المكسور آخذا في الزوغان
امام الاخر وجب ضغطه ضغطا كافيا يحفظه على وضعه الطبيعي

العاشير كسر اصابع القدم وعظام مشط الرجل ورسغها ما ذكر في الكسر المضاعف لاصابع اليد وعظام مشطها ورسغها يكون مثله في اجزاء القدم فالقدم معرض في الغالب للكسر التفتي مع انهراس الاجزاء الرخوة وآفة الاجزاء الرخوة هي المرض الذي ينبغي ان تشتغل به على الخصوص سيما والكسر لا يستدعي وضع حفاظ مخصوص ايضا بل الراحة الكلية والمحللات ومضادات الالتهاب تكفي لاحداث الالتئام في مدة ثلاثين يوما او اربعين اذا كان سوء حالة الاجزاء لا يستدعي البتر

الحادى عشر كسر العقب كسر العقب يستدعي دون كسر بقية عظام البدن شرحا مخصوصا لكونه يختلف عن بقية العظام بالنظر للاسباب والاعراض والدلالات الشفائية وهو نادرا جدا واذا حصل فلا يكون في الغالب الا في طرفه الخلقى * واما اسبابه فالقوة العنيفة الواصلة كسقطة على العقب من محل مرتفع قد تحدثه والغالب انه كهتك العرقوب لا ينشأ الا من الفعل العضلي فقد شوهد حصوله من سقطة على طرف القدم في حال كونه ممدودا جدا وفي حال التكلف الشديد اللازم لاجل الارتفاع على طرف القدم او للتباعد عن الارض في الوثب واعراضه ان يحس المريض بالم شديد في العقب وقرقرة واضحة مع عدم القدرة على الارتكاز والمشي على الرجل والعقب يكون اقصر واكثر ارتفاعا من المقابل له * وردهذا الكسر يكون بشد القدم شدا قويا وثني الساق على الفخذ ودفع الجزء العلوى المكسور الى الاسفل وحفظ ملاصقة الجزئين المنكسرين لبعضهما بوضع الرباط الضام للجروح المستعرضة ثم يوضع امام الساق والقدم محدة وجبيرة يثبتان بحفاظ مبروم والالتئام يتم في الغالب في اربعين يوما وخسين اكن عند ذلك لا ينبغي للمريض ان يمشى الا في نعال ذى كعب مرتفع بقدر قيراط ثم ينقص شيئا فشيئا حتى يكتسب القدم حركته ثانيا بسهولة

الحادى عشر كسر الساق كسر الساق قد يكون في احدى عظمتيه او فيهما معا والقصة وان كانت اغلظ جدا من الشظية الا ان كسرها اكثر وقوعا وذلك انما هو حاصل من حجمها ووضعها السطحي فيتمكن منها تأثير السبب البادى

كسر القصبة

بالاكثر وبالنظر لوظايفها ايضا فانها معرضة اكثر من الشظية لان تنضغط
 بشدة فيما بين الارض وتقل الجسم وحده او حاملا يحمل لغيره حال السقطة على
 الاخص من محال مرتفعة ولنتكلم على كسر كل من القصبة والشظية وحده
 ثم على كسرهما معا فتقول * كسر القصبة يكون في الغالب من سبب
 واصل كرجة بحجر او ضربة بعصى او ضرر بحيلة وقد يحصل من سبب غير واصل
 كسقطة على الاخص وهذا الكسر يكون في جملة محال من طولها
 * والعلامات الدالة عليه الالم الشديد وعسر المشي بل تعذره واذا مر بالاصبع
 على عرق القصبة وجد فيه عدم التساوى وسهل احداث التحريك والفرقة
 بتحريك الجزئين تحريكا متخالفعا على التعاقب والزوغان يكون قليلا اذا كان
 الكسر شاغلا للجزء العلوى من القصبة وعكسه اذا كان شاغلا للجزء الاسفل
 * والرد هنا يكون في الغالب سهلا فيضمج المزيج على سري مرتين
 ويمسك مساعدا الطرف العلوى للساق واضعا باهاميه على اعلى الرضفة وبقية
 اصابعه على المايض فيفعل بذلك حركة الشد المقابل ويمسك القدم مساعدا
 واضعا احدى يديه على ظهر القدم وابهامه نحو الوجه الاخصى وقابضا باليد
 الاخرى على جانبي العقب لفعل حركة الشد فيجذب اولا جذبا على حسب جهة
 الزوغان ثم الى خلاف جهته والجراح يكون واقعا من الجهة الوحشية للرجل
 ويفعل التجبير والفرقة الواضحة وزوال عدم التساوى يدلان على حصول ارد
 * والجهاز يشتمل على مخدة اطول من الساق بقليل عرضها نصف ذراع
 وطرفها المحاذى للعقب اسمك من الطرف الثاني وملاء وثلاثة اشربة من
 خيط عرض كل منها ثلاثة ارباع قيراط وطوله ذراع ونصف ولقافة الجبيرتين
 ينبغي ان تكون اطول من الساق بقليل وعرضها ذراع ونصف ومخدتان
 صغيرتان طول كل واحدة منهما كطول الساق وجبيرتان عرض كل واحدة
 منهما ثلاثة اصابع او اربعة وسمكها ثلث قيراط او ربعه وطولها كاف لان
 يجاوز القدم والركبة بقليل وعشرة اشربة او ثمانية عشر متغصلا عرض كل
 منها ثلاثة اصابع وطوله كاف لان يلف مرة ونصف على سمك العضو وثلاث

الرقائد اواربع مزدوجة عرض كل منها خمسة اصابع او ستة وطوله كطول
 الاشرطة * والجهاز ينبغي ان يكون محضرا قبل الانتصاب لوضعه والذي يصف
 في الوضع اولا المخذة ثم العصائب متباعدة عن بعضها بمسافات متساوية
 وعلى هذه العصائب تبسط لفافة الجبائر ثم توضع الاشرطة مبتدأ بالعلوي
 منها ثم بقية على التوالي وضعا متوازا بحيث تغطي كل واحدة منها ثلثي
 عرض الاخرى ثم توضع الرقائد حذاء المحل المكسور من الطرف * وبعد صف
 الجهاز على نحو ما ذكر ووضع تحت الطرف المريض تسيل الاشرطة والرقائد
 بسيال محلل وتوضع على محل الكسر ثم توضع الاشرطة المتفصلة مبتدأ منها
 بالاشربة السفلى التي ينبغي ان يحيط اثنان منها او ثلاثة بالقدم ويصعد بها
 على التوالي الى الركبة وبعد ذلك تحاط كل واحدة من الجبائر بلقافة حتى
 يكون بينها وبين الساق مسافة قيراط ثم تدخل المحدثان بين الساق والجبائر
 التي تثبت بواسطة العصائب التي تستعد وحشى الساق على الحفاة الوحشية
 للجبيرة الوحشية مبتدأ في العقد من العصابة الوسطى واذا اريد وضع جبيرة
 مقدمه رجب ان توضع كالمخذة قبل شد العصائب ولاجل حفظ القدم وضغطه
 يستعمل نعل من خشب اورقادة مستطيلة مزدوجة وهي الواسطة الاكثر
 استعمالا فيوضع وسطها على اخمص القدم ويؤتى باطرافها الى الامام ثم تصالب
 على ظهر القدم وتثبت يديايس على جانب الجهاز ويجهتد في ان يكون الساق
 مرتكزا كانه ارتكازا محكما على المخذة من جميع اجزائه سوى العقب فلا يرتكز عليها
 والاسبب في الغالب الماشد ايل خشكريشة والكسر البسيط في القصبة يكون
 في الغالب مرضا قليل الخطر وينشئ غالبا في مدة اربعين يوما وخمسين
 * واما كسر الشظية فقد ذكرنا انه اقل حصولا من كسر القصبة وان كانت
 ادق منها وذلك انما هو صادر من كون معظم طولها مصانوا ومحفوظا بطبقة
 خفيفة عضلية وينفس القصبة ومن كون وظائفها لا تعرضها لتحمل حركات
 عنيفة الا قليلا لانها خارجة عن خط توصيل ثقل الجسم للقدم ومن كونها تحفظ
 لدونها الى زمن التقدم في السن جدا ومع ذلك فقد تكسر من جميع اجزاء طولها

كسر الشظية

لكن الاغلب ان يكون في ربيعها السفلى والكسر في هذا الجزء دائما كثرته لا
 من بقية اجزاء هذا العظم * واسباب كسرها اما واصلة كالسقطات
 والضربات او مرور جسم ثقيل على الساق ومنها الاكالات القاطعة وفعل
 الاجسام المنقذقة من الاسلحة النارية واما غير واصلة كانهواء يكون القدم
 في وقته ذاهبا الى الوحشية فان ذلك قد يحني العظم ويقوسه فيتم الكسر
 والالتواء الى الانسيه قد يسبب الكسر ايضا بطريقة غير واصلة * ثم الكسر
 ان كان حاصل في الجزء العلوي من الشظية عسرت معرفته لكونها داخله جدا
 في وسط كتلة عضلية وما عدى ذلك لا يكون معه الزوغان الا يسيرا بسبب
 ان القصبة خادمة بمنزلة مركز للعظم المكسور والالم والانتفاخ وعسر المشي
 اذ تعذر هي الاعراض المشاهدة في هذا العارض والكسر المصيب
 للربيع السفلى من الشظية يكون فيه التقدم متجهها الى الاسفل والوحشية
 ويوجد غور عميق في اعلى الكعب الوحشي والكعب الانسي يكون بارزا
 جدا * ثم ان كسر الشظية قد يكون مصحوبا بامحرج مع خروج الجزء العلوي
 المكسور الى الخارج واغلب ذلك يكون فيما اذا كان الزوغان عظيما
 ويكون مصحوبا بانحراف في الكعب الانسي فيسبب خلع تقدم الى الانسية وذلك
 يكون مرضا عظيم الخطر * واما الرد فلا يضطر اليه غالبا اذا كان الكسر
 في الجزء العلوي من الشظية لانه لا يوجد فيه زوغان اما اذا كان الكسر في اعلى
 الكعب الوحشي بثلاثة قرار يطرأ اربعة فيضطر اليه وذلك لان الجزء السفلى من
 الكسر دائما يميل لان يقرب من القصبة فالرد حيث يكون يجذبه الى الوحشية
 بان يمال القدم بقوة الى الانسية وتثبت على هذا الوضع بواسطة جهاز كاف لهذه
 المعالجة وتتم الردي يحتاج لان يلقى المريض على ظهره ويثني ثغاه على الخوض
 وساقاه على الفخذين لتكون العضلات بذلك مسترخية * والجهاز يشتمل
 على مخدة طواها كطول الساق وعرضها من قيراطين ونصف الى ثلاثة قرار يطرأ
 والطرف الثاني لا يكون سمكة الا قيراطا واحدا او على جبهة عرضها كما ذكر
 وتكون اطول قليلا وعلى لفافتين طول كل واحدة منهما خمسة اذرع او ستة *

ما يصحب هذا الكسر

وكيفية وضع هذا الجهاز ان يحس الجراح المخدة ويضعها في الجهة الانسية
 للساق وطرفها الغليظ يكون من الاسفل ويضع الجبيرة على المخدة على وجهه به
 تجاوز حد القدم بثلاثة قراريط او اربعة واحدى اللقافتين تحيط بالجزء العلوى
 للركبة الى قرب نصف الساق وطرف اللقافة الثانية يثبت الاولى في الجبيرة بواسطة
 بعض لقفات خلقية ثم يمر بها على الاخص وعلى خافقه الوحشية ثم على مخخل
 القدم ثم على الجبيرة ثم اسفل العقب ثم على مخخل القدم ثم على الجبيرة ثم اسفل
 الاخص وهكذا حتى تنتهى فيكون على هيئة رقم ثمانية بالافرنجي هكذا 8
 فتكون احدى حلقتيها محيطية بالجزء الخلقى للعقب والثانية بالجزء المقدم للقدم
 ولقافتها تكون متصالبة على الجبيرة والحفاظ يكون مشدودا شدا كافيا
 اذا كان الاخص مائلا قليلا الى الانسية وحافته الوحشية مائلة قليلا الى الاسفل
 ثم توضع الرجل على مخدة وتكون ممدودة على جانبها الوحشى ومتنسية نصف اتثناء
 وهذا الجهاز يحصل به المقصود منه الذى هو تحفظ القدم على حركة التقريب
 وله فائدة اخرى وهي بقاء محل الكسر مكشوقا حتى يغطى بالوضعيات المحلاة
 اذا مست الحاجة اليها بدون ان يسبب تشوشا وفي حال وضع هذا الجهاز يخفف
 الالم في الغالب من ذاته فلا يستدعى مداواة غير تجديده حال استرخائه ويكفى
 ثلاثون يوما او اربعون لحصول شفاة حقيقى سليم من العوارض والتشوهات
 * واما كسر عظمى الساق معا في ان واحد فهما اكثر حصولا من كسر كل
 واحدة منهما على حدة واما اكثر حصولا من بقية انواع الكسر ايضا وبتأني في جميع
 اجزاء طول الساق لكن مجامسه الاغلب هو محل ملتقى الثلث السفلى من الساق
 بثلثه الاوسط وقد يكون الكسر في العظمين من محل واحد وكثيرا ما يتخالفان *
 والاسباب التى ينشأ عنها كسر الساق كاسباب كسر القصبة على حدة والشظية
 على حدة وكسر هذين العظمين لا يكون دائما في آن واحد بل قد تنكسر القصبة
 اولاً ثم الشظية وذلك يصدر من كون السبب الكاسر لا يزال مؤثرا او من كون
 العظم غير كاف لان يتحمل ثقل الجسم فينكسر حال انغراؤه بالنياية في هذا التحمل
 او عند كون المريض يجتهد في الارتكاز على ساقه وقد يتفق ان يكون كسر

كسر القصبة والشظية معا

القصة تابعاً لكسر الشظية وذلك يشاهد فيما اذا انكسرت في اول الامر الشظية من التواء القدم الى الوحشية بشدة فان الكعب الانسي يرتكز على الارض فتتكسر القصة من ثقل الجسم والكسر الحاصل في عظم الساق يعرف بسهولة فان كان في الجزء العلوي من الساق فلا يكون معجوباً بالبروز وان قليل وان كان في اسفل الجزء الاوسط من الساق كما هو الغالب كان منحرفاً في الغالب والابواب المكسورة كثيراً ما تبرز تحت الجلد والغالب ان يحصل زوغان في الساق كاف لتأكيد وجود الكسر * والرد والجهاز فيه لا يختلفان عن ما شرحناه وفي كسر القصة وكسر الساق يشق في الغالب بسهولة عظيمة فالالتئام يكمل بعد خمسين يوماً وستين واكثر مشاهدة مصاحبة الجروح وبروز الاجزاء المكسورة الى الخارج يكون في كسر الساق فلذلك يجتهد الجراح اجتهداً خصوصياً في نوع هذا الكسر باستعمال ما ذكر في الكليات في خصوص ثقل هذه المصاحبات وفي الوسائط الكافية لمداواتها

الرد والجهاز

الثاني عشر كسر عظم الفخذ وطول عظم الفخذ وانحناءه البارز والتحملات العظيمة التي يتحملها في العادة تدل على كثرة حصول كسره وتفرق الاتصال بتأني ان يكون في جميع اجزائه طوله لكن اكثر مشاهدته في ثلثه الاوسط وفي قرب عنقه وغالباً يكون بالعرض في الاولاد وبالانحراف في بقية الاسنان وهذا الانحراف يسهل به زوغان الاجزاء المكسورة التي تخرض الفعل العضلي لعضلات كثيرة قوية فلا يحصل الالتئام بدون تشوه وقصر لا بمشقة عظيمة وهذا الكسر يكون بسيطاً ومركباً ويتقسم الى كسر جسمه وكسر عنقه * فاما كسر جسمه فيكون واصلاً من ضربة قوية او من سقطة جسم ثقل حداً على الفخذ او من اتقاذ جسم بالبارود ونحو ذلك غير ان اغلب كسره يكون من سبب غير واصل كسقطة على الركبتين او التمددين فيحصل من ذلك ان يكون عظم الفخذ مضغوطاً فيما بين ثقل الجسم ومقاومة الارض فينحني ذلك العظم وينكسر ضرورة * وهذا الكسر تسهل معرفته لان المريض لا يتمكن حينئذ من الوقوف ولا من المشي واذا رفعت رجلاه شوهد في جرحه من

كسر جسم عظم الفخذ

العلامات

الرد

تخذه حركة غير اعتيادية وكثيرا ما يحصل في الفخذ قصر وتشوه وان كان الكسر منحرفا فالقصر لا بد منه والقدم في الغالب يكون مائلا الى الوحشية وتارة الى الانسية لكنه نادر جدا * والرد فيه لا ينبغي ان يساويه الا بعد تحضير الجهاز ويكون بان يسطح المريض على سرير رافقي على طراحة قليلة اللين بحيث لا تهيض من ثقل جسم المريض ويقف مساعد قوي من جهة الكسر ويقبض على الخوض ليفعل حركة الشد المقابل ومساعد ثان ينشط بحركة الشد فيقبض على القدم واضعا يده اليمنى تحت وتر اكيله اى العرقوب وبكفه اليسرى يحيط بظهر القدم وهذا المساعد يجذب القدم برفق الى نحوه جذبا تدريجيا ففى اول الامر يكون بحسب اتجاه الجزء المكسور السفلى ثم يصحكون بحسب اتجاه الرجل والجراح مع ذلك يكون واقفا وحشى الرجل ويغمز حوالى الكسر غمز الطيغا ليجعل الاجزاء المكسورة على خط واحد وردها الكسر يكون في الغالب سهلا اذا حصل تهيج شديد بسبب الانقباضات الاختلاجية لعضلات الفخذ ففي هذه الحالة ينبغي اهمال الرد حتى يزول التشنج والتهيج بواسطة استعمال القصد والضمانات الملية وهناك جراحوون يزعمون ان هذين العرضين كثيرا ما يكونان مستمرين من نفس الزوغان فيزيدون فعل الرد ولومع وجودهما والرد وان كان في الغالب سهلا لكنه يعسر حفظ الاجزاء المكسورة متلامسة سيما اذا كان الكسر منحرفا ولذلك اوصى باربغ قواعد لمعالجته الاولى ان توضع الرجل وضعا مستقيما والثانية ان يستعمل الشد المستمر والثالثة ان توضع الرجل على جانبها الوحشى مع ثنى الساق على الفخذ والرابعة ان يكون الساق والفخذ منتشين بواسطة سطح مزدوج مائل وشكل من هذه القواعد جهاز مخصوص * بجهاز لوضع المستقيم مركب اولاً من حامله الجبائر وهى قطع من خرقة اطول قليلا من الرجل وعرضها كاف لان يلتف في كل جانب من جانبيه جبيرة ثلاث لفات واربعاً وثانياً عصائب عرض كل منها ثلاثة اصابع وعددها كاف لان تمتد من اعلى الفخذ الى القدم وثالثاً رفايد كثيرة مزدوجة مطوية بالطول ورابعاً ثلاث جبائر احدها تمتد من العرف الخرقى الى القدم وتجاوزه

جهاز لوضع المستقيم

وضع هذا الجهاز

بثلاثة اصابع وثانيتين متقدمتين الى اربعة الى حذاء الاولي ثم ثلاثة قصيرة تمتد
من ثنية الاربعة الى الركبة وخامسات ثلاث مخدات اطول من الجبائر بقليل
وسادساته اشربة وسابعات مخدة توضع الرجل عليها * وكيفية وضع هذا الجهاز
ان نصف قطع الجهاز بحسب الترتيب المعين في كسر الساق قبل ان ينتصب
لوضعه ثم يستمر المساعدان المعدان للشد والشد المقابل على مسك الرجل بحسب
استقامتها الطبيعية ويستعين الجراح بمساعد آخر يقف امامه ليضع الثلاث
رفايد او الاربعة على المحل المحاذي للكسر ثم توضع العصائب مبتدأ منها بالتي
تكون محاذية للجزء السفلي من الرجل حتى تنتهي كلها ثم تلف الجبيرة ثانيا
في حاملتهما وتوضع المخدات فيما بينهما وبين القخذ ثم اذا اريد ان توضع الجبيرة
الثالثة وضعت على الجهة المقعدة للقخذ موشحة بمخدة ويثبت ذلك بالستة
اشربة التي منها ثلاثة للقخذ وثلاثة للساق ويثبت الجهاز بوضع رفايد مستطيلة
منفعتها تثبيت القدم ثم توضع طارة لصيانة الرجل ويتمسك بالشروط المذكورة
في كسر الساق ومنفعة الجهاز المذكورة وان يصير القدم والساق والقخذ
والخوض كقطعة واحدة لكن متى كان الكسر منحرفا جذب الفعل العضلي الى
الجزء المكسور السفلي فكثيرا ما يحصل قصر الرجل ولمنع هذا الضرر واستمر وازمنا
طويلا على اختراع اجهزة تفيد الرجل مدا مستمرا * وجهاز المدا المستمر
قد استعملوا له اربطة والانت كثيرة ولا نذكر منها هذا الاثني هما الا كثر استعمالا
وهما جهاز دسولت البسيط والمتنوع * فجهاز دسولت مركب من مخدة
وستة اشربة وحاملة الجبائر وعصائب متفاصلة ورفايد وثلاث وسائد كما ذكرنا
في الحفاظ الاعتيادي وثلاث جبائر وحشيات متقدمين اعلى العظم الحرقني الى حافة
القدم ويمجاوزه وانسيها يعتمد من ثنية القخذ الى حافة القدم كالسابقة والثالثة
تتقدم من ثنية الاربعة الى الركبة ولا ضرر في كونها تعتمد الى مخلل الرجل والجبيرة
الوحشية يكون في طرفيها شرم وبعيدا عن الشرم بقيراطين فتحتان طول كل
منهما قيراط ونصف وعرضه من نصف قيراط الى ثلاثة ارباع قيراط ورباطان
للمد من قطعة خرقه عرضها اربعة اصابع او خمسة وطولها ثلاثة اذرع وتثنى

جهاز المدا المستمر

جهاز دسولت

وضع الجهاز

من النصف * وكيفية وضع هذا الجهاز كالجهاز الاعتيادي فتوضع الرقابة
والعصائب ثم يوضع تحت وتر اكياله وسط مخدة صغيرة من قماش رفيع محشوة
قطنا وتصلب على ظهر القدم وتثبت فيه بواسطة لفافة ثم يؤخذ وسط شريط
ويوضع ايضا تحت وتر اكياله ويذهب بطريقه على ظهر القدم فيصالبان فيه
ثم يؤتى بهما على الاخص ويصالبان فيه ثم يعاد بهما على ظهر القدم ليتصالبا
عليه ايضا ثم يمر بهما ثانيا تحت وتر اكياله ويوصلان على ظهر القدم ويذهب
بهما على الجوانب ويعطيان لمساعد ليمه بهما حركة الشد ثم تحاط الجبيران
بجملتهما وتوضع المخدتان وتعد الستة اشربة وليكن جميع ذلك كما ذكر في الجهاز
الاعتيادي ثم يدخل احد طرفي شريط الشد في فتحة الجبائر وثانيهما في شرمها
ثم يضع الجراح مخدة من قطن على جميع سعة ثنية الفخذ ومن اعلاها يضع وسط
شريطان للشد المقابل ويمر باحد طرفيه تحت الالية وثانيهما من الامام ويوصل
كليهما الى الوحشية ثم يضع احدهما في شرم الجبيرة وثانيهما في فتحتها وحيث
في عقد الشريط العلوي عقدة وسيطة في محل يجب وقوف الجبيرة فيه بدون
ان يفعل حركة عنيفة ثم يعقد الشريط السفلي ليقاوم العلوي وبعد ذلك يضع لفافة
بدن لتثبيت الجبيرة على الخوض ثم يضع كما في الجهاز الاعتيادي الرقادة اللازمة
لتثبيت القدم ونتيجة هذا الجهاز مزدوجة فانه يجذب الى الاسفل الجزء
المكسور السفلي ويدفع الى الاعلى الجزء المكسور العلوي والخوض تسبب تأثيره
الدافع للجبيرة ومنفعته ان يصير الخوض والفخذ والساق والقدم بمنزلة جسم
واحد ويمنع بهذه الكيفية هذه الاجزاء المختلفة عن الحركة المودية لزوغان الاجزاء
المكسورة لكن عيبه انه لا يؤثر تأثيرا متوازيا توازيا كافيا سمت الرجل وذلك
لما يصيبه فاقد الجزء من قوته ويميل للقدم الى الوحشية فيعين على الزوغان الى
تلك الجهة وتأثير شريط الشد وشريط الشد المقابل كثيرا ما يكون مؤلما وقد
يسبب خشك ريشة وعيبه ايضا انه يرتقي فيضطر لتكرار وضعه * ولذلك
فوعوا هذا الجهاز لاجل منع ذهاب القدم الى الوحشية وليكون تأثير الجهاز
موازيا سمت الرجل باختراع جلة وسائط ميكانيكية لا تذكر منها الا بسطها

تنوع جهاز الد المستمر

فنقول هذا الجهاز مركب من ثلاث قطع الاولى الجبيرة الوحشية المنتهية من
 الاعلى كاتهاء جبيرة دسولت ومن الاسفل فيها فتحة من بعثة مستطيلة بحسب
 اتجاه العرض وفي نحو الثلث السفلى لهذه الجبيرة يوجد في احدها ثقبها فتحة
 طولها قيراط بحسب اتجاه طول الجبيرة وعرضها قيراط والقطعة الثانية
 الجبيرة الانسية وتعتمد من الورلة الى ان تجاوز القدم بمقدار اقله اربع قيراط
 او خمسة تكون مشقوبة من طرفها السفلى بثقب شبيه بفتحة الجبيرة الوحشية
 وبالقرب من احدها ثقبها من نصف طولها فتحة تشبه الفتحة المذكورة في الجبيرة
 الوحشية والقطعة الثالثة قطعة مستعرضة بعرض الجبيرتين طولها نحو ربع
 قيراط وفي طرفيها قطعة قليلة العرض معدة لان تدخل في فتحتي الجبيرتين
 وهذه القطعة الثالثة مشقوبة بفتحتين ايضا عمقهما قيراط ونصف وعرضهما
 نصف قيراط وكل واحدة منهما متصلة عن الاخرى بفتحة قليلة عرضها وهذه
 المسافة تكون في مركز هذه القطعة * وكيفية وضع هذا الجهاز ان نصف
 قطع الجهاز على نحو ما ذكر في كسر الفخذ اعني الاشرطة وحاملة الجبائر
 والعصابات والرفايد والرباط الشاد والمقابل للسداد وتكون الرجل موضوعة
 ومحمولة على انبساطها المستقيم الطبيعي ثم تلبس الجبيرتان الوحشية والانسية
 في حاملتهما ويبقى طرفاهما السفليان مكشوفين اعني الخمسة قيراط الزائدة
 المجاوزة للقدم ويجهت في ان تكون حواف الجبيرتين المتقويتين من الامام ثم تقرب
 الجبيرتان للرجل وقيل ان ينشأ وضع القطعة المستعرضة بادخال زاويتيها
 الشبيهة من بدنيها لهذه القطعة في فتحتي الجبيرتين ثم يثبت من الاعلى رباط الشد
 المقابل ثم يدخل طرفا الرباط الشاد في فتحتي القطعة المستعرضة ويعقدان عليها
 برفق وبواسطة شريط يذهب من فتحة الحافة المقدمة للجبيرة الوحشية الى فتحة
 الجبيرة الانسية مثبتا فيها تمنع الجبيرة الانسية عن الصعود وعن ان تخرج
 الجزء العلوي للفخذ وبعد ترتيب كل شيء على ما ذكر ثبت الجبائر بواسطة المسنة
 اشرطة ويثبت القدم برقادة مستطيلة وهذا الجهاز بسيط ويسهل عمله وتتم به
 جميع الدلالات الشفائية المقصودة من الاجهزة الميكانيكية التي اخترعت

وضع هذا الجهاز

وهذا الجهاز الميكانيكي يمنع تحول القدم الى الوحشية ويؤثر تأثيرا موازيا لسمت
الرجل اكثر من الاجهزة السابقة لكنه فيه جميع العيوب التي في جهاز دسولت
فانه يقال عموما ان جميع الاجهزة التي للشد المستمر يدل ان تمنع انقباض
العضلات كثيرا ما تسببه بسبب جنبها لهذه الاعضاء والذي يمنع هذا الانقباض
منعاً حقيقياً وضع الاعضاء وضعا مسترخيا فلذلك اخترعت قاعدة تان
احدهما قاعدة بوت والاخرى السطح المزدوج المائل * فقاعدة بوت
تكون باضباع الرجل على جانبها الوحشي وثني الساق على الفخذ وعيب هذه
القاعدة ان تصير حركة الشد والشد المقابل عسرين جدا مع ان هاتين الحركتين
ينبغي ان يؤثر في نفس العضو المكسور ولا يتمكن بهذه القاعدة من تقريب
الفخذ السليم للمريض ولا يمكن بها الحكم على الرد هل هو متعفن او لا وزيادة على
ذلك يكون ضغط الجذع على المدور والعظيم مؤلما جدا والرجل قابلة جدا للزوغان
وزيادة على ذلك ايضا انه لا يمكن استعمال هذه القاعدة متى كان عظما الفخذين
مكسورين معا * وللتباعد عن عيوب قاعدة بوت اجتهد برأحون
من الانجليز في جهاز مركب من سطحين مائلين متكونين من ثلاثة الواح من
الخشب احدها يكون افقيا موضوعا على السرير وهو الذي يكون قاعدة الجهاز
واللوحة الاخرى ان يكون طول كل منهما كطول الفخذ مع الساق ومتصلين
بعضهما اتصالا مفصليا بواسطة رزات في ما بين الركبة والطرف السفلي
المفصل الحرقفي الفخذي يكون مثبتا برزة ثانية في الجزء الاثني للالة والطرف
المقابل للوحة الاخرى المستند عليها الساق داخل في تدريز به يمكن رفع
السطحين كثيرا قليلا وهذه الالة تكون على هيئة مثلث احدا ضلعه موضوع
اقبعا على السرير والضلع المحاذي للفخذ يكون منحرفا من الخلف الى الامام
ومن الاسفل الى الاعلى والضلع المرتكز عليه الساق مائلا بعكس ذلك وسطحا
اللوحي المائلين عرض كل منهما نحو قدم ومقعر تقريبا خفيفا ومغطى بمخدرات
حتى لا ينضغط العضو وضعا مؤلما * وكيفية وضع الجهاز ان يكون المريض
مضطجعا على سريره والسطح المزدوج المائل يكون موشحا بثلاثة اشربة

قاعدة بوت

قاعدة السطح المزدوج

وعصائب متفاصلة ورفائذ ويوضع تحت الساق والفخذ ثم تجذب الرجل جذبات معتدلة حالة كونها منتنية فيكنى ذلك في تميم الرد ثم توضع الرفائذ والعصائب وتوضع جبيرتان في الجانب الوحشي والانسي لهما كطول الساق واذا كان في عنق عظم الفخذ فلا ينبغي وضع جبائر لانها غير نافعة لكن في كلتا الحالتين تثبت الرجل على السطح المائل بواسطة قطعتين من الخرق مثنيتين على هيئة مثلث احدهما للفخذ والاخرى للساق ويمران على الفخذ واسفل اللوحتين المائتين وينعقدان على حافتيهما * والمعلم دويترن يستعمل بدل السطح المائل الذي من الخشب محدة كبيرة شكلها كالسطح المائل المذكور آنفاً ويثبت الرجل عليها بواسطة ملاصقة مثنية على هيئة مثلث وسطحه يحيط بالقدم وطرفاه ينعقدان في جانب السرير * والسطح المزدوج المائل يحتوي على جميع منافع المد المستمر من غير ان يكون فيه ضرر ثقيل الحوض يجذب الجزء العلوي المكسور من الفخذ الى الاسفل ويتم حركة الشد المقابل والساق يجذب الجزء المكسور السفلي من الفخذ الى الاسفل ويتم حركة الشد ولا يتسبب من هذا الجهاز الم ولا مشقة للمريض اصلا ومن جملة منفعته ايضا انه يتمكن به في كل يوم من مقارنة طول الرجل المصابة للسليمة بثني السليمة وتقريبها للآخرى وانه يمنع به حصول الانكيلوزي لانه يتمكن من بسط الرجل اتساعا تدريجيا وكيف كانت طريقة المعالجة المستعملة فينبغي دائما ابقاء الجهاز موضوعا من خمسين يوما الى ستين لكسر جسم عظم الفخذ * واما كسر عنق الفخذ والوضع الغائر المستبطن له ومجوكه الاجزاء الرخوة المحيطة به مما يصير حصول الكسر من الاسباب الواصلة عسرا وفادرا والغالب ان يكون من اسباب غير واصله كسقطه على المدور العظيم او على الاخص او على الركبة * فاذا سقط احد على المدور العظيم انضغط عنق عظم الفخذ فيما بين قوتين جابيتين فينكسر من اسفل الى اعلى واذا سقط على الاخص انضغط عنق عظم الفخذ لثقل الجذع فينكسر من اعلى الى اسفل والكسر المذكور قد يكون من انسي المحفظة المفصلية او من وحشها وذلك بعسر تمييزه جدا غير ان له تأثيرا عظيما في حصول الشفاء *

السطح المائل لدويترن

منفعة السطح المزدوج المائل

كسر عنق الفخذ

وهذا ما أت هذا الكسر ان يستشعر المريض بالم في وحشي الجهة العليا من الفخذ
وتعذر الالتصاق على القدم والمشي او تعسرهما جدا وكثيرا ما يحصل القصر
وتحول القدم والركبة الى الوحشية وتكون الرجل منتقنة نصف انثناء وترتكز
على وجهها الوحشي وعقب الرجل المريضة يحاذي خلف الكعب الانسي من
ساق الرجل السليمة ولا يتمكن المريض من زيغ رجله كلها والكسر المذكور
دائما عرض ثقل سيماني الشيوخ وفي الاحوال الحميدة منه يبقى في الغالب
قصر قليل في الرجل فيصير المريض اعرج وكسر عنق الفخذ قد استمر زمنا
طويلا مجهولا فيه جواب سؤال هل كسر العنق المذكور قابل للالتئام او لا
وجواب ذلك كما ثبت انه اذا كان الكسر في الجزء الخارج عن المحفظة وعويل
بمعالجة قاعدية حصل الالتئام وان كان الكسر في باطن المحفظة فليس التئامه
محققا بقدر ما ذكر لان العظم في هذا المحل ليس مغطى الا بسطح رقيق جدا
والجزء المكسور قصير جدا فقبول المادة الغذائية قليل * ثم ان الرودي كسر عنق
الفخذ يكون على نحو ما ذكر في الجهاز الخصوص بالمد المستمر والسطح المزوج
المائل يوافق لمعالجة هذا الكسر ومدة المعالجة من ثمانين يوما الى تسعين ولا يسمع
للمريض بالمشي الا بالعكاز واذا حصل للفخذ بعض قصر فعلى المريض ان
يستعمل دائما من كوابله يكون سمكا بقدر ما نقص من طول الرجل

الثانية انحناء الرجل بعد الكسر

اذا حصل في الاطراف السفلى كسر ولم تحفظ بعد المعالجة حفظا جيدا او تحملت
سريعا ينقل الجسم فان الاندمال الوقى من حيث انه لم يكتسب صلاحية كافية
ينشئ من القوة العضلية او من ثقل الجسم وينحني انحناء مختلفا في الارتفاع
هذه الحالة يرجع المريض الى فراشه ويردله للجهاز ولاجل ازالة التشوه يضغط
على تحديق التقوس بواسطة رقائذ درجية توضع عليها جبيرة متينة والغالب انه
يمكن بهذه الوساطة ان ترجع الرجل الى استقامتها الطبيعية اذا استعملت
الوساطة المذكورة بسرعة واذا حصل القصر بسبب ضمور الاندمال او من

تراكب الاجزاء المكسورة استعمال المار المستمر لكن يجتهد في ان تكون حركات
هذا المدبر فوق وتؤثر تأثيرا تدريجيا وببطء حتى يستطيل نسيج الاندمال
ولا تنال الاستطالة الطبيعية الا بعد مدة طويلة من الايام ويعسر تعيين الزمن
الذي تستحيل فيه ازالة هذا التشوه وقد ظهر للمعلم دويون ان الاندمال الدائم
ما دام لم يتكون يتمكن من ارجاع الرجل الى شكلها الاصلي وطولها الطبيعي فقد
شوه ازالة التشوه بعد اشهر كثيرة

الثالثة عدم التماس الكسر

قد يتفق ان الكسر في الزمن الاعتيادي الذي يلتئم فيه عادة لا يكتسب الاندمال
فيه صلابة اصلا فينتهت تكون الاجزاء على حالتين متميزتين الاولى ان
تكون الاجزاء المكسورة منضمة الى بعضها لكن مع عدم تعظم الاندمال ويعرف
بقائه بالجلس والثانية ان يلتئم كل من الاجزاء على حدة فيتكون مفصل غير
طبيعي * فالحالة الاولى وهي ما اذا لم يبق على الاندمال الا ان يتعظم يجب
فيها من اول الامر وضع الجهاز في الاجتهاد في الاستقصاء عن سبب بطي تكون
الاندمال ليجهت في ازالته ان امكن ذلك فان كان عدم تعظمه حاصل من حركات
صدرت من المريض بدون تعقل امر بهدوء وسكونه ويتم الشفاء بهذه الوساطة
البسيطة وان كان عدم التعظم صادرا من سبب باطنى كالداء الاقربى
او الاسكوربوت وجب معالجة هذين المرضين بالمعالجة المناسبة لهما وبعض
الاطباء يزعم انه يرى ان الحبل وزمن اليأس من الحيض بطلان التعظم وفي هذه
الحالة يمكن شفاء المريض باطالة المعالجة وان كان السبب المبطى يمكن ازالة
كالسرطان او كان مجهولا فلا واسطة هنالك الاطالة مدة وضع الجهاز *
والحالة الثانية وهي تكون المفصل الغير الطبيعى وتسبب غالبا عن الحركات
الغير المعقولة من المريض وفي بعض الاحيان تكون متسببة عن احد الاسباب
العمومية المذكورة آنفا لا يكفي فيها إعادة وضع الاجزاء في جهاز لنيل الشفاء
بل يلجئ للوسائط الجراحية وقد اوصى لذلك بثلاث قواعد * الاولى وهي اقدم

عدم صلابة الاندمال

المفصل الغير الطبيعى

قاعدة حل الاجزاء
المكسورة ببعضها

من غير حاجد انكون يتزيق الاثرة المغطية للاجزاء المكسورة بموضعها في
بعضها بعد توصيلها ببعضها ثم يعاد وضع الرجل في الجهاز وهذه القاعدة
يعسر تجميعها جدا وغير كافية في الشفاء فلذلك هجرت في عصرنا هذا عند
الجمهور * والثانية تكون بقطع الاجزاء المكسورة وهذه العملية عملها اول مرة
جراح انجليزي يسمى ويت من نحو خمس وثمانين سنة تقريبا * وعملها على
طريقة المذكورة تكون بشق الاجزاء الرخوة للطرف من الجهة المتعابلة لمسير
الاعوية حتى يبلغ العظام ثم يخرج منه على التعاقب طرف كل جزء من الجزئين
المكسورين ليقطع بالمنشار ثم توفق الاجزاء ببعضها ويوضع العضو في جهاز
الكسر وهذه الطريقة استعملت من جراحي كثيرين بنجاح * ويسهل
تجميعها في العضد اذا كان مجلس المفصل الكاذب لان الاجزاء المكسورة فيه تبقى
اطرافها في الغالب مقابلة لبعضها فيسهل اخراج احدها بعد الثاني بواسطة
شق يشق في الجهة الوحشية من العضد * ويعسر في عظم الفخذ بسبب ان
الجزئين المنكسرين يركب بعضهما بعضا فالعلاوى منهما يذهب الى الوحشية فلا
يمكن الا كشف هذا الجزء واما السفلى الناهب الى الانسية وانحلف فيبعد جدا
فلا يتمكن من اخراجه من جرح يصنع في الجهة الوحشية لكونه مغطى من
الانسية باجزاء نخينة جدا وباعوية منهمة جدا فلا يتمكن من اخراجه من انسى
الرجل * وعملها على طريقة المعلم دويتون لا يحتاج لقطع الجزئين المكسورين
بل يكفي قطع احدهما ولذا استعمله في حالتين وحصل به الالتئام وكيفية ذلك
ما ذكر في طريقة ويت غير ان اختراع المنشار الزنجيري الذي ذكرناه في حلق
المفاصل خفف وسهل هذه الطريقة وذلك انه بعد الشق الذي يشق يشق المنشار
في ابرة طويلة منحنية ويدخل حتى يحيط بالعظم فينشره من الباطن الى الظاهر *
والقاعدة الثالثة اما بتقذخزام فيما بين القطع المكسورة متجنباه مسير الاعوية
والاعصاب ثم يوضع العضو في الجهاز ولا يخرج الخزام الا بعد ان ياخذ الالتئام
في التقدم وكيفية هذه الطريقة بسيطة وهي ان يشق الجراح في كل جانب من
جانبي عظم الفخذ شقا بعيدا عن الاعوية والاعصاب ما يمكن حتى يبلغ به العظم

قاعدة نشر رؤس
قلل الاجزاء

قاعدة الخزام بين
الاجزاء المكسورة

الحكم على هذه القواعد

فعند ذلك يستعمل ابرة موشحة بقتيل من حرير يمر فيما بين اطراف الاجزاء المكسورة اكن اذا كان الشخص نحيفا وامكن تميز تقطعي طرفي العظام فعملت العملية في زمن واحد بواسطة ابرة قاطعة * واحسن هذه القواعد الثلاث واسلمها خلق الجزئين المكسورين او احدهما فهو بواسطة الشقائية الاسلام من غيرها والغالب ان يظهر في العضو التهاب شديد جدا فينبغي مقاومته بالوسائط المناسبة وينبغي ابقاء الجهاز المتقدم مدة اقلها شهرا ان او ثلاثة او اربعة

الرابعة تعري العظام

كيفية حصول التفلس

من اصاب جسم جرح عظما ما بقوة ولو قليلة عمراه عن سمعاه مسافة كثيرة او قليلة وتعري العظم المذكور بسبب غالب اموت الجزء المتعري في الشيوخ بسبب ضعف حيوية المنسوج العظمي فيهم ويحصل تفلس كثير السعة او قليلا عرضا وعمقا والمراد بالتفلس انفصال الاجزاء الميتة وسقوطها على هيئة فلول السمك * وهذا التفلس يتكون من الطبيعة فان الاجزاء الحية تحدث تولدان الحية وتسبب تقبها كثيرا فيجهدان في ازالة الاجزاء المتعرية التي صارت اجساما غريبة وفي الشبان يتمكن الالتهاب من الجزء المروض المتعري والتفلس لا يحصل بل يلين العظم ويتغضرف من سطحه ويكتسب سر يعا فوصفات الكس الذي كان فقد فقد برهيا ولكن من حيث ان المادة الكلسية موزعة على السوا في السطح المريض تصير هذا السطح خشنا غير مستو * وغاية معالجة التعرية تدارك موت العظم قبل حصوله او صيرورته اقل امتدادا وغورا وتكون بضم الجرح ومداداته بجواهر لطيفة مليئة مع التحرز الكلي من استعمال البلاسم والمراهم المهيجة المستعملة من القدماء فانهما لم يفعلا شيئا الا زيادة الالتهاب وصيرورة تسايجه اشد مما كانت

الخامسة تجرح العظام

العظام قد نصاب باجسام جارحة فتتخذ في منسوجها الخاص وتشتبب فيها وخرا او علامة بسيطة او شفاء او بروز شظية منها بدون ان تفصلها * ومعالجة

هذا على أي حال يكون اتجاه جرح العظم وغوره تكون بضم الأجزاء الرخوة كما إذا لم يكن في العظام جرح والغالب أن تشفى هذه الجروح شفاء جيداً كأنها لم تكن محصورة بهذه المصاحبة لكن ينبغي أن تستثنى الحالة التي يكون فيها العظم مجروحاً وهو جزء من جدار أن تجويف وتفرق الاتصال فيه عاماً السمكة أو كانت الالة الجارحة وإن لم تؤثر إلا في سطحه سببت فيه ارتجاجاً عظيماً بحيث تكون الطبقة الباطنة منه قد انكسرت فينتج من هذه الحالة بعض ضرر للأعضاء المنحصرة في التجويف لكن صدور العوارض حيثئذ من تفرق اتصال العظم يكون أقل من صدورهما عن آفة الأجزاء المعده ولو قايتهما وشرح ذلك مخصوص بمبحث جروح هذه الأجزاء وإذا فصلت الالة الجارحة شظية عظمية كبيرة كانت أو صغيرة من العظم فصلاً كاملاً أو فصلت معها هدباً من الأجزاء الرخوة المغطية له فلا يفعل شيء سوى أن يداوى الجرح كالجروح التي معها زوال جوهر أماً إذا زال الجزء العظمي وحده فينبغي أن تزد الأجزاء الرخوة على جرح العظم بدون أن تبتغل بهذا العظم وأما إن كان الجزء العظمي لم يزل مشبوكاً بالأجزاء الرخوة وجب كما ذكره ومداواته بمنزلة جرح بسيط وكيفية حصول الشفاء في هذه الأحوال المختلفة أن جميع جروح العظام يعم فيها المنسوج الخاص الآلى المتيج ويمتص الجوهر الكلسي فتتولد الأضرار الخلوية الوعائية وإذا ارتفعت هذه الأضرار حالاً من السطح المتعري قيل أنه لم يكن في العظم تغلس واضح وإذا كانت أهداب الأجزاء الرخوة منطبقة على تلك الأضرار انضمت إلى بعضها فإذا كانت محاذية لظاهر الجسم غطيت بآثرة وإذا كانت ملامسة لأضرار مثلها متولدة على سطح جزء آخر عظمي كما في الكسر المصحوب بجرح المضوم باتقان تلاصقت مع بعضها ورسب في الحال فوصفات الكلس في المنسوج اللحمي ثم الغضروف في المكونة هي له فيزول تفرق الاتصال وتثبت صلاحية العضو

الساوسة والتهاب الحاد للعظام

قد ذكرنا أن الالتهاب في الأجزاء الرخوة ينشأ عنه معظم الأعراض المتكلم عليها

الى هنا وهو يصاحب جميع التغيرات التي ليست بـ كائنية اقبال لها المنسوج
العظمى فالالتهاب الصادر من الجروح يسبب في العظام تهيجتين واضحتين جدا
هما انه اذا كان قليل الاشتداد ومستحرا من تأثير الهواء ومن اجسام مهيبة انتهى
سريعا بغثغرينا الاجزاء التي هي مجلس له وذا كان اقل اشتدادا اقتصر تأثيره
على زيادة فعل الاوعية الماصة وتعريته المنسوج الخاص للعضو عن المادة
الباطنة المتراكمة عليه وتسبب نمو الاضرار الخلوية الوعائية كثيرة كانت
او قليلة وعقب جروح العظم تشاهد اسطحه الاجزاء الرخوة ولو انضمت
انضماما محكما بتلك العظام مسترقة خشنة ومنطقة اقليمها اثر زوال
جوهر ونوع هذا الالتهاب ليس بمؤلم واعراض موت الصفايح العظمية لسطحية
واعراض نمو اوعية المنسوج الخاص للعضو يتعاقبان ويبلغان ارقى درجة
من الاشتداد بدون ان يدرك ذلك المريض فيجهد حيثئذ كالا جتهاد في جميع
الاحوال بتلطيف العوارض وتقصير مدتها والالتهابات الغائرة للمنسوج
العظمى التي يجلسها الغشاء النحوي وناشئة عن استعداد باطنى تكون
محبوبة في الغالب بالام شديدة تكاد ان لا تحتمل والحس بدلت بعسر تحمله
كلما كان غير معتادا وكانت حساسية الاجزاء المصابة اقل من حساسيتها
في الحالة الطبيعية فمقاومة المرض الباطنى الذى من نتيجته تهيج العظام
ووضع العلق على الجهة المائلة والمكمدات المليئة والمحدرة اذا كان في المحل حرارة
وتورم والالتجاء في عكس هذه الحالة للملابس الحارة والدلك باصوف والمهيجات
الجلدية وبقيّة المصرفات هي الوسائط المضطر للالتجاء اليها ونوع هذه التريجات
الذى ثبت للعظام كثيرا ما يصير اعتياديا لها فيتولد بسهولة عظيمة
وفي كثير من الاسخاص يحدث الافات الكثيرة الثقل والتغيرات الكثيرة لغور
والكمون وحينئذ فمن المهم دائما ان يقاوم هذا التهيج بقوة واجتهاد حتى يزول
بالكلية ثم لا يفتر عن ادامة استعمال ما فيه كفاية لتبديد نوب هذا التهيج ولازالة
الحالة العضوية المحددة للافعال التي يصدر عنها ذلك التهيج واعلم ان عيبا
عن الالتهاب في العظام جملة آفات تسمى باسماء مخصوصة * فمنها نظرية

العظام اى لين نسيجها وهو من ض ينبغي ان يميز عن عدم تصلبها فانه يشاهد في الاطفال اللينفاويين الضعاف المترضين ذبول الافعال الغذائية فتفنى فيهم العظام لا لكونها استرخت بل لان تصلبها لم يتم مع كون العضلات صارت بالنسبة اليها اقوى وثقل الاجزاء اعظم ومعالجة هذا الداء اعنى عدم التصلب ان ترد للوظائف قواها وترتال التهيجات المشوشة لانتظام انماها وترد الموازنة المشوشة في الجسم فهذه هي القواعد الصحية لمعالجة الرا كيتس في الاطفال اى وجع الظهر او الحدة او ريح الاقرسة واما نظرية المنسوج العظمى في الشبان فيكون صادرا عن تهيج ثابت في العضو والاعضاء المصابة فالضربات والسقطات وانتقالات التهابات المختلفة والاسكوروبوط والداء الافرنجي ونحو ذلك لا يمكنها ان تسبب مرضا كهذا الا بتهييجها للاجزاء التي هي مجلس له فالالتهابات المحرصة تحريضا مقصودا في المنسوج العظمى تسبب نظريته وينبغي ان يتأمل في ان اكثر حصول هذا وسهولته يكونان في الأشخاص المصابين بداء النخازير فهو فيهم اكثر من الأشخاص ذوات المزاج الاصلح والاعدل ومعالجة هذا في جميع الاحوال تكون بمقاومة التهيجات المذكورة التي سببت نظرية العظم او ارجاعها الى مجلسها الاولى اوازالة الاسكوروبوط او الداء الافرنجي مع ترجيع الصحة العامة والتحرر من جميع الافعال الكافية لزيادة انحاء الاعضاء المستطرية وامر المريض بفعل جميع الحركات الممكنة وارجاع القوة للتغذية هي الوسائط الواجب ان يقاوم بها المرض الذي نحن بصدد * ومنها هشاشة العظام وهي نتيجة كثيرة الحصول من التهيجات الافرنجية والقوبوية والسرطانية ويظهر انها صادرة من التأثير المهيج الحاصل من هذه الداءات في المنسوج العظمى وسهولة الكسر الحاصل من هذه الهشاشة في الأشخاص ينبغي مقاومته بالاجهزة الحافظة الاعتيادية مع المعالجة الباطنة المناسبة فيها يزول السبب الباطن الموهن للصلاية الطبيعية للعظام * ومنها تسوس العظام فالتسوس قد ينشأ من جميع الاسباب المهيجة الباطنة والظاهرة ويعقب دائما التهابا واضحا والتسوس ليس الا تفرح المنسوج العظمى المشابه

هشاشة لعظم

تسوسه

لتقرح الاجزاء الرخوة فلا يخالفه الا بسبب البنية المخصوصة للعضو الذي هو
 مجلس له فالاجزاء الاسفنجية من العظم تصاب بالتسوس اكثر من بقية الاجزاء
 المندمجة منه وحال حصول هذا التسوس يتفصل السمعاق عن العظم ويجتمع
 الصديد تحته وتهيج الاجزاء الرخوة المجاورة وترم وتتكون من الظاهر خراجات
 تنوصر فتحاتها ويرم العظم نفسه ويصير ماديا او سنجيا او ازرق وجوهره
 يفقد صلابته ويستحيل الى كتلة اسفنجية متكونة من صفائح هشة تنبرى
 وتستحيل الى اجزاء دقيقة تكاد ان تكون مسحوقة وتسيل من سطح القرحة
 مادة صديدية دموية وفي بعض الاحيان تعلو هذا السطح لحوم فطرية وهذه
 التغيرات تكون كثيرة الغرور اذ قلبيته وتسبب تلفا كثيرا السعة في العظام
 الاسفنجية كاطراف عظام راس اليد والقدم والفقرات اكثر منه في وسطها الذي
 هو اكثر صلابته من اطراف العظام المذكورة * ومقاومة السبب الباطني
 للتسوس او مساعدة ظهور ذلك التسوس ليقاوم بالمينيات والفصد الموضعي
 ثم بالمهيجات بل وبافساد الاجزاء المصابة به بواسطة كي النار هي الطريقة الواجب
 استعمالها لشفاء هذا الداء ولكن الاجزاء المتسوسة من العظم ينبغي ان تكشف
 اولاً بالشق المناسب وتنظف من الدم والصديد المندى لها ويرال منها بالمحان
 كلما كان اسفنجيا جدا او رخوا جدا ثم يطغى عليها محورا او اكثر لتسهيل الى
 خشك ريشة صلبة يمكن ان يتولد عليها بعض الاضرار الخلوقة الوعائية الجيدة
 الطبيعة وبعض الصفائح من المقوى او من الخرق الخينة المصفوف على الاجزاء
 الرخوة يصونها من تأثير النار * ومنها الاجزى وستوزاى الورم العظمى فان
 العظم اذا التهاب فكثيرا ما ينتفخ فيتكون من ذلك اورام تختلف بالنظر للحجم
 والشكل وهذه الاورام تصيب في الغالب العظام المندمجة السطحية اكثر من
 بقيتها وتنشأ بنوعين مختلفين احدهما وهو الا ندر صاد في الحقيقة من انتفاخ
 واحتقان العظم الذي صفحاته تنمو وترتفع وتبرز بسعة مختلفة وثانيهما وهو
 المشاهد في اكثر الاحوال ناشئ من داء حاصل في السمحاق وفي سطح العظم المغشى
 هو له في آن واحد فان هذا الغشاء الابني يحترق ويحمر وتظهر اوعيته ثم يرسب

المعالجة

فما بينه وبين المنسوج العظمى مادة شهباء تنقل بسرعة كثيرة أو قلب له من
الحالة الهلامية إلى البنية الغضروفية ثم إلى الجوهر العظمى وهذه التولدات تنشأ
عنها عظام جديدة تضاف بنوع ما على العظام العتيقة والابزوستوز الذي نحن
بصدده إذا استقصى عنه بعد تكمونه بزمان قليل يرى أنه متكون من صفائح عظمية
لا تزال قابلة لانقصالها عن العظم الطبيعي أما بتعطين مستطيل أو بجملة طرق
ميكانيكية وإذا استطالت المدة اختلطت قاعدة الورم بالعظم الحامل له ووجدت
مغطاة مثله بسحقاق وإيضاً بصفحة مندمجة تتصل بالأجزاء المشابهة لبقية
العظم والابزوستوز أما أن يكون مزماً أو حاداً في الأول يصير غير مؤلم ويكتسب
صلابة العلاج أو يبقى ليناً وقد يعتلى أيداً تدي أي أكياساً ديدانية وفي الثاني
يكون معجوباً بالآلام شديدة تزيد بسرعة وكثيراً ما تتكون خراجات أو تسوس
في تجويفه أو تنبت فيه لحوم فطرية * ومعالجته في جميع الأحوال تكون
بمقاومة سبب المرض وبغطية الورم بوضعيات ملينة وبارسال العلق عليه
ليمتنع نموه وهذه الوسائط كثيراً ما تكفي لازالته فإن استمر بعد زوال أعراض
التهيج كلها ولم يسبب مشقة في حركة الأجزاء المجاورة خلى ونفسه وفي عكس ذلك
ينبغي كشفه وإزالته أما بنشر قاعدة نشره أو إرياً أو بفصله بالمنشار فصلاً عاماً ودا
إلى جله أجزاء ثم تزال بالمنقار والمطرقة وهذه العمليات مختلفة بحسب اختلافات
الأحوال فلا يمكن تخصيص قاعدة لتجميعها ولا ينبغي الإقدام عليها إلا إذا تحقق
زوال الأسباب كلها التي سببت ظهور الورم * ومنها استحالة نسيج العظم
استحالة فطرية ينبغي أن يفهم أن المراد من لفظ الاستحالة الفطرية للمنسوج
العظمى الحالة التي يكون فيها العظم منتفخاً متدداً من جوهر لحمي الشكل
يتكون في باطنه وقد شرح هذا البلاء مسمى بالشوكه الريحية وهو اسم مخزى
ينبغي رفضه من اللغة الجراحية كونه لا يتصور منه حقيقة الداء الموضوع هو له
والاستحالة الفطرية للعظم دائماً نتيجة تجميع في العظم والأسباب البادية كثيراً
ما تسببه فيستشعر بالحادثة وتارة أصم غائر في الجهة المصابة وتكون
خراجات في سطحها وتحصل حمى السل ولا شك أن الموت يكون نتيجة تشوش

المعالجة

استحالة نسيج العظم
استحالة فطرية

سرطان العظام

وفساد غائر جداً مثل هذا وفي الاستقصاء الرمي يوجد الجوهر العظمي متخللاً
 كأنه قفص منحصر فيه المنسوج العظمي وهذا المرض لا يشفي الا في الاشخاص
 الشبان جداً فيشاهد فيهم وان كان نادراً تنقيح الورم زمنياً ثم هبوطه وزواله وبتر
 الطرف في معظم الاحوال يكون الحيلة الوحيدة الباقية لصيانة حياة
 الشخص ومن الجائز انه اذا قروم تهيج العظام من وقت ابتدائه بالوسائط الموضعية
 المضادة للالتهاب القوية الفعل منعت تلك الاستحالة التي نحن بصدد ها ونقص
 عددا لا موات منه * ومنها سرطان العظام فان جميع اورام العظام المشروحة
 آنفا قد تسرطن فالأجزاء وسنوزاى الورم العظمي قابل لان يمتلاء من منسوج
 عظمي شحمي يستحيل في بعض الاشخاص الى حالة سرطانية والاستحالة
 العظمية المذكورة انما هي اكبر قبولاً لهذا التسرطن وكيف كان هذا المرض فان
 اعراضه الموضعية والعمامة لا تختلف عن اعراض سرطان الاجزاء الرخوة
 فالعظم من حيث انه مملوء من منسوج نارية شحمي وتارة ليفي وتارة مخي الشكل
 وتارة سويقي اخذ في اللين تدريجاً يقرح الاجزاء المجاورة له ويصير ينبوعاً لتلف
 كثير السعة والبر هو الواسطة التي يمكن بها مقاومة هذا الداء المرهب كسابقه
 وتداركه لكن متى كان ظاهراً لا تنفع فيه مقاومته بالوسائط الموضعية
 ولا الادوية الباطنة وسنالهنيك كروز من اى سرطان العظم فقد ذكر آنفا
 ان تعري العظم وانفصال الجوهر العظمي بسببان موته وهذا الداء يكون
 حصوله في العظام الصلبة المنسوجة اكثر منه في الرخوة الاسفنجية وينشأ
 امام التهاب السمحاق او الغشاء النخاعي او من تهيج المنسوج العظمي او من
 التهاب جميع هذه الاجزاء في آن واحد واذا كان مصيباً للسطح الظاهر من العظام
 المفرطة نسب عنه انفصال السمحاق وتكون خراج من تحته اذا انفتح للظاهر
 يتمكن من الوصول بسهولة الى السطح المتعري بواسطة مسبار وهذا السمحاق
 من حيث انه مفصول عن العظم بتعظم غالباً ويكون امام النيكروز من نوع غمد
 يحتوي على جزء منه وقد يضطر اشقه لاستئصال الجزء الميت واذا كانت العظام
 الطويلة مجلساً لهذا المرض فلا يصيب في الغالب اطرافها المفصليّة واذا كان

جسم العظم مصابا بالموت في جميع سمكه انفصل عنه السمعاق وفي وجهه الباطني
 تسيل مادة هلامية شبيهة كميته تاخذ كل يوم في الزيادة وتستحيل تدريجيا الى
 الحالة الغضروفية ثم العظمية والجزء المريض ينتفخ حينئذ ويستشعر المريض
 بالغاثر وتحصل في الغالب الحمى ومع ذلك يوجد العظم الميت منحصرا في الغمد
 المتكون تكوينا جديدا المحيط به وينفصل من طرفيه العلوي والسفلي ويصير
 مختلا والصد يد يكون حواله فينسب تكون خراجات تنفخ من الظاهر
 وتستمر متوصرة واذا عرض لفعل الجواهر الماصة نقص حجمه واخشن سطحه
 واجتهدت الطبيعة في محقه واستئصاله والجزء المركزي اي النخاع للعظم هو
 المصاب بالموت فان الصفايح الظاهرة للعظم تتحدو وينعزل الحاجر والصد يد المنفرد
 بسببه الحاجر المذكور ينقب غده ويبرز الى الخارج وهناك يمكن تكون عظم
 جديد فان الجزء السخمي للعظم العتيق يكون نفس الغمد الحاوي للحاجر وبعد
 خروج هذا الحاجر تتقارب الصفايح العظمية لبعضها ويرزول التجويف الذي
 كان متكونا منها ويعود كل شئ الى الانتظام الطبيعي الاصلى واذا استوصل العظم
 الطويل كله ناب عنه العظم الجديد الذي يعتمد اليه فيتصل بالاطراف المفصلية
 فلا يفقد العضو شكله ولا صلابته * واما المعالجة فادامت اعراض التهيج
 الغاثر ثابتة في العظام ظاهرة في الشخص يجب استعمال مضادات الالتهاب
 العامة والموضعية مع مقاومة الاسباب الباطنة والظاهرة الناشئة عنها المرض
 او المستمر بسببها ومتى تكونت الخراجات وامكن وصول الآلة الى العظم الميت
 وجب ان لا يفتر عن لوساطة المذكورة حتى ينعزل الجزء العظمي ويتخلل من
 طبيعته ومداوة المحل الواجب استعمالها حينئذ انما هي النظافة ووضع
 المليينات والراحة الكلية وبعد نعال الحاجر اذا ظهر من السير العام للمرض
 ومن حالة الاجزاء المصابة ومن قوة المريض ان الطبيعة كافية من ذاتها في افناء
 الجزء العظمي الذي صار غريبا وانها تصيره سهلا الاستخراج من الفتحات الكاشنة
 وجب التأني ومداومة المعالجة المضادة للالتهاب والانتظار لتسايح اجتهادات
 البنية الآلية اما اذا تحقق عدم كفاية الاجتهادات الطبيعية فيجب ان تعاون

باستخراج الحاجر وكيفية ذلك ان يفتح العضو على وسائل والجراح يحيط
 الفتحات المتوصلة بشقين هلالين ويريل جميع الاجزاء الرخوة الكائنة فيما
 بينهما الى ان يبلغ العظم وقد يكفي شق واحد بسيط مستطيل لينتج منه جرح كثير
 السعة وينبغي ان تعمل العملية التي نحن بصدد ها في جانب العضو المقابل
 للجانب المارة فيه الاوعية والجذوع الغليظة العصبية ولفحة ينبغي ان تحاذى
 ايضا الحد طرفي الحاجر حتى يتمكن من امسنا كه من طرفه ويسهل جذبه الى
 الخارج وعند الوصول الى العظام الحاوي للجزء الميت يجب توسيع الفتحة بالسكين
 ذات الزاوية منقار قوي واذا لم تكف هذه الالات وسعت بتاج منقاب او اكثر
 بحسب الاتجاه الانسب ومن المهم ان يحترس في مدة العملية ولا عن اخراج
 الحاجر من فتحة ضيقة جدا لانه ينتج من ذلك حركات عنيفة توجب ما لا تكسر
 الجزء العظمي او تعرية العظم الطبيعي او تسبب نكروزيسا جديدا او ثانيا عن ان
 يطول الشق جدا في غمد الحاجر فان من ذلك يحصل الضرر الشديد في اضعاف
 العضو وازدياد التشوش بدون فائدة وابطاء الشفاء وثالثا عن رج العظم الجديد
 بالمنقار والمطرقة لانه مما يسبب كسره ويعظم به امر المرض لما يصاحبه فلهذا
 السبب يختار عن هذه الالات استعمال المنقاب والمناشير ذوات الحد المحدث
 المعدة لفصل الاجزاء التي لم تزل باقية فيما بين الثقوب الحاصلة من المنقاب
 واذا ظهر ان سعة الفتحة كافية فيمسك الحاجر ويجهد في اخراجه بتوسيع محل
 خروجه بحسب الحاجة ثم يوصل الى الخارج ثم يداوى الجرح مداواة مهيأة
 بالنسالة ويسهل خروج الصديد بالوضع المناسب للعضو والشق من حيث انه
 احيل الى حالة بسيطة فلا يبطىء التحامه واعلم ان القدماء ~~كثيرون~~ كثيرا ما خلطوا
 الامراض الصادرة من تهيج العظام ببعضها لانه كان تميزها عسرا وسبب ذلك
 ان التسوس كثيرا ما يصيب الاجزاء العظمية المنتفخة والمتورمة فكثيرا ما يشاهد
 في عظم واحد بعض اجزاء لم تزل صلبة غاية ما فيها انها منتفخة فقط مع كونها
 مجاورة لاجزاء اخرى منه متقرحة او متلحمة او متسرطنة او مصابة بالموت في
 سعة كثيرة منها او قليلة فقد ظهر ان هذه الالتهابات المختلفة للالتهاب المنسوج

العظمى تتصاحب ببعضها كما انه يشاهد في الاجزاء الرخوة ورم متقرح
ويوجد فيه بعض اجزاء شحمية اوليغية او غضروفية او مخية الشكل او نحو ذلك
ففي هذه الاحوال ليس من الفضول ان يقال ثانيا ان التهيج هو الظاهرة الاصلية
الرئيسية والسبب الواصل للمرض وعلى الجراح العمل ان يجتهد دائما في مقاومته
فبازالتة كثيرا ما تصير العمليات الاكثر ثقلا غير ضرورية او فلا اقل من انها تحيل
المرض الى حالة بسيطة تصير طرق العملية اسهل نجاحا واأمن وفي علم الامراض
الباطنة يوجد بيان اوسع من هذا في مجت التهاب العظام

الفصل الرابع في بتر الاطراف

البتر عملية بهائزال عضوما بواسطة الالة القاطعة وهوالحيلة الاخيرة للجراحية
وانحرما فيها من الوسائط ولا ينبغي الاقدام عليها الا متى تحقق عدم امكان حفظ
العضو وعدم سلامة المريض باى واسطة غيرها ولا ينبغي الاقدام عليها ايضا
الا بعد ان تتعقل الاخطار الحقيقية المترتبة على المرض والنجاح المأمول من هذه
العملية ولا ينبغي للجراح الجزم بعملها ولومع عدم الموانع منها يدون استشارة رأى
اخوانه المهرة في الفن لانه كثيرا ما يكون تميز الاحوال التي تستدعي بتر العضو
اعسر من تميز الاحوال التي يرجى فيها حفظه فالبتر في حد ذاته عملية ثقيلة بشعة
جدا حيث انها يخاطر بها على حياة الشخص وزيادة على ذلك يفقد فيها من
يكابدها عضو فلذلك يجب على الجراح العارف المتحاشي ان لا ينسى ان عناية
الجراحة الحفظ لا التلف وان ابقاء العضو اشرف واحسن من ان يتصف بتر اعضاء
كثيرة باعظم سرعة في زمن يسير وهنالوجه اخر يقال فيه لان يهلك جزء واحد
خير من ان تهلك الجملته وان بقاء شخص يعيش بثلاثة اطراق اولى من ان يترك
يموت باربعة والبتر عملية معروفة قديما وذكرت في كتب ابيوقراط وجالينوس
واول من شرح عنها شرحا لبعض اعتناء شلسا وهي مشروحة ايضا في كتب
العرب وكان استعمالها نادرا بسبب ما كان يخشى منها لما ان دورة الدم كانت
مجهولة عندهم غير معروفة فكان التحيل على ابقاف الزيف غير متيسر وكانوا

اذا اضطرروا الهال يستقون الا لاجراء الملية متخرجين من احسابة الانسجة الحية
 ومن خصوص كيفية التقدم في تميمها فكانت فليسة شاقة ويستدل على
 ذلك من كون المرضى تختار اهل مال انفسها والموت عندها الى من الاقبال عليها
 لانهم كانوا يمنعون التزيف بربط دائرة الطرف كلها وبعدها قطعة كانوا يكونون
 سطح العضو المقطوع بمحور محي او كانوا يغمسونه في زيت مغلي اوفي القطران
 ولما كانت حروب القبائل قبل اختراع البارود اقل هلاكا لانهم كانت الجروح
 اقل ثقلا والاضطرار للبتري كان اقل فواترا واما في عصرنا هذا فكثيرا ما يلجئ اليها
 لان الطوارق التي تستدعيها تتوارد كثيرا فصارت عملية خطرها قليل بسبب
 الاتقان الذي حصل له على ايدي الجراحة الحديثة والافات التي تصير البتر
 ضروريا اربع عشرة آفة * واولها وهو الاوضع ان يرزأ الطرف كله من جسم غليظ
 منقذ ككرة مدفع والجرح الصادر من سبب كهذا يكون عرضا غاية الرض
 وغير مستويا طرف الاوعية المتزقة تبعد وتختفي في اللحم فلا يمكن ربطها وذلك
 مما يعرض الجروح للهلاك من التزيف والعظام قد تكون مكسورة كسرا غير
 مستويا ايضا وكثيرا ما تكون منغلقة الى المفصل العلوي القريب اليها والارتماج
 الساعي الى علو عظيم يئى الانسجة لالتهاب خبيث فغاية البتر في هذه الحالة
 ابدالها بجرح بسيط حاصل من الات فاطعة يكون مستويا للاحوال التي هي
 اكثر اسعافا لالتحام سريع سهل * وثانيها ان لا يمكن بقاء الطرف بسبب تمزق
 الاجزاء الرخوة وسعة الكسر وانعجاج الرئيس من الاوعية والاعصاب الحاصل
 كل ذلك من الاجسام المنقذة بالبارود فالبتري هنا ضروري ايضا * وثالثها
 انه كثيرا ما يتفق ان كرات المدافع الكبيرة تسبب آفات عظيمة لا يمكن اصلاحها
 وتستدعي البتر بسبب ان الجملة في هذه الحالة يكون منهرا ساو كذا الاوتار
 العريضة والعضلات والاعوية والاعصاب بل والعظام تكون ايضا متشعبة
 منمعة وتستحيل كلها الى كتلة عجيفية سودا لا يمكن ان يتميز في وسطها عضو
 او منسوج ويعرف هذا الفساد في البنية الالكية بورم لان متخرج كدم يشغل
 دائرة الطرف كلها ويعدم الصلابة الكلية فيه وبالقدرة على تقصيره بدون عنف

الافات التي يكون فيها
 البتر ضروريا

بان تجذب اطرافه السفلى نحو الجذع وبالبرد الجليدي وعدم احساس الجزء
 الكائن اسفل المحل المصاب * ورابعها الجروح النافذة في المفاصل العظيمة
 كفصل الكف والمرفق والمنتكب والقدم والساق والركبة والحوض فانها قد عدت
 من الاحوال التي تستدعي البتر حتما غير انه بسبب تقدم الجراحة المستحدثة ابدل
 في احوال كثيرة بجراح الاطراف المفصلية للعظام وحفظ بعض الاطراف التي
 ربما كانوا يسترونها سابقا وقد نتج من مشاهدات كثيرة متقنة ان الجروح
 النافذة القليلة السعة في المفاصل كالصادرة عن الرصاص يمكن شفاؤها بدون عملية
 نعم ينبغي الاطلاق اطلاقا واسعا فانونيا سيما اذا استوصات جميع الاجسام الغربية
 واذا بقي في الجرح نفس الجسم المنقذ او بعض قطع عظمية او خرقية او كان
 التلف اعظم من ذلك فقطع طرف واحد او الطرفين العظيمين المكونين للمفصل
 عما ينبغي تميمه لان ذلك فيه صلاح للمريض اكثر من البتر الذي لا يتحتم الا في
 كسر العظام العظيمة السعة وفي التمزق او الرض العظيمين للاجزاء الرخوة
 فبالنظر لهذه الاحوال تكون جروح المفاصل كثيرة الخطر فتستدعي زيادة
 الاتنباه من الجراح لكنهم لا تستدعي دلالة شفاوية غير دلالة بقية اجزاء طول
 عظام الاطراف * وخامسها الجروح النافذة الحاصلة في المفاصل من الآلات
 القاطعة فانها تستدعي ايضا البتر حتما لكن هذه الجروح اذا كانت مصاحبة
 للانكيلوزي كثيرا ما تشفى بدون عملية فينبغي ان تعد من الاحوال المشكولة فيها
 التي ينبغي فيها دائما ان يجتهد في حفظ الاطراف وان لا يجزم بالعملية فيها الا متى
 اوقعت العوارض حياة المريض في خطر * سادسها انه يعلم من الاعتبار
 المذكورة آتفا ان جميع انواع الخلع الكامل في مفاصل العظام الجانجليزية ولو كانت
 مصحوبة بتمزق الاربطة لا تستدعي دائما فناء الطرف المصاب فناء كاملا كما زعم
 كثير من المؤلفين لانه لم يرل باقيا للجراح العملي وسائط اخرى يجب عليه استعمالها
 قبل ذلك لكن المعلم بوييه اشار بان ينبغي قطع الساق متى انقلب الكعب انقلابا
 كاملا فيما بين القدم والساق في خلع المفصل القضي الكعبي لكن من حيث ان
 المعلم دويترن استأصل هذا العظم بنجاح في مثل هذا الطارق ينبغي الاستغناء

قبل البتر هي هذه العملية يمكن تجميعها أولا * وسابعها ان جروح الجذوع
 الغليظة الشريانية التي يصحبها طفقمان كمية عظيمة من الدم تستدعي كثير البتر
 بسبب المشقة التي تحصل للجراح في كشف قروحة الوعاء ونخوفه من كون الطبيعة
 ليست قادرة على امتصاص هذا الانصباب ولكن من اللازم ان ذلك يكون أولا
 مجاوزا للحد بحيث لا يتمكن من العمل وبحسب المشاهدات المذكورة من المعلم
 يوبران الامتصاص يزيد وثانيا انه بعد ربط الشرايين الحرقسية والشرايين
 تحت الترقوة ربطا ناجحا يندوان الجراح لا يمكنه ان يتمكن من إيقاف دورة
 الدم في الوعاء المفتوح فعلى ذلك ضرورة البتر الممكن وجودها في بعض الاحوال
 التي نحن بصدد ها اندر جدا عما كانت يزعمه سلفنا فان الجراحة الحادثة جعلت
 عمليات حافظة تنوب عن البتر الذي كان يستعمل قديما فنشأ من ذلك في هذه
 الاحوال ايضا تنوعات عظيمة في الوصايا المقررة الى الان تقرر اياها ما يلي وثامنها
 هجوم اتي تنوس فان المعلم ليه اوصى فيه بتر الاطراف فيظهر انه حصل منه
 نجاح حيث قد بموجب بعض مشاهدات من هذا المعلم ~~لم~~ يمكن يستدل من تلك
 المشاهدات انها لم تنجح في بعض الاحيان والتجربيات ستثبت في يوم ما هذه
 الاختلافات وتميز الاحوال التي يجب فيها البتر عن الاحوال التي يكون فيها غير
 نافع والامراض الآتي ذكرها تستدعي ايضا البتر وتاسعها الغنغرينا في طرف
 تستدعي البتر فينبغي لقطع الاجزاء الميتة ان ينتظر حتى ان الخط الالتهابي الفاصل
 بينها وبين الاجزاء الحية يتضح * وعاشرها الاورام السرطانية او الانتصالية
 او غيرها التي غيرت العظام والشرايين والاوردة والاعصاب الرئيسة للاطراف
 ولا يمكن ازالتهما بالكلية تستدعي البتر وهذا الطارق نادر جدا لان من الموصى به
 ان هذه الاورام لا ينبغي ان تهمل اهمالاعظيما حتى تاخذ في السعي بحيث يصير
 استئصالها محالا * وحادي عشرها التوسعات الغائرة في الاطراف المفصلية
 للعظام وقروحها المتسرطنة والافات الغائرة في الاجزاء الرخوة الظاهرة للمفاصل
 والنيكروزيس العظيم السعة مع تسوس العظام الكائن تحته فان هذه الامراض
 لا يمكن شفاؤها ويضطر فيها للبتر * وثاني عشرها الاينوريزما فانهم استمروا زمنا

طويلا بعدون الاورام الا ينور برمية العظيمة الحجم من جملة ما يستدعي البتر ومن
 المحقق ان كثير من هذه الاورام لا يمكن ان يعمل فيه عملية بالقاعدة العتيقة بدون
 مخاطرة على حياة المريض ولكن ليس كذلك في عصرنا هذا فان كثيرا من الاينوريزما
 بالنظر لعموم وضعه قريب من قاعدة الطرف ربما كان ممكنا ان تعمل فيه عملية من
 سلفنا والآن تعمل فيه عملية بنجاح بموجب قاعدة انيل اودسول ولا ينبغي الالتجاء
 للبتر الا فيما اذا كان جزء من العظام منعقا من الورم وسبب تلفا عظيم السعة في
 الاجزاء الرخوة والاعتبارات التي شرحتها في جروح الشرايين يكون مثلها ايضا
 في الاينوريزما * وثالث عشرها الاحوال التي لا يجب فيها التقيح ونهك المريض
 ويوقع حياته في خطر قريب فانه ينبغي فيها عملية البتر * ورابع عشرها ان بعض
 الاشخاص استدعى هذه العملية عندما اكتسبت اطرافه بسبب الانكيا لوزي
 وضعها معيبا وتكون فيها بسبب كسر مفصل غير طبيعي منع العضو عن وظائفه
 لكن البتر حينئذ من حيث انه لا يستدعيه خطر المريض يجب على المريض اولى من
 ان يكون على الجراح ان يحكم بضروريته اولا ومن الواجب على الجراح حينئذ ان
 يبين للمريض الالم والاعطال الناشين من العملية ايزهدها فان استمر مع ذلك
 طالبا للعملية فعلى الجراح ان يتممها فهذه الاحوال الرئيسة التي يصلح فيها البتر
 وهذه الوصايا التي الشروط لا تتغير غير انها تتنوع بحسب السن والذكورة والانوثة
 والامنجة والعصول والاقاليم والمحل الذي فيه المجروح * وهنالك احوال
 كثيرة تلزم رفض العملية ونصير نتايجها مشكوكا فيها وهي اولا وجود مرض
 من من في الرئة او الاحشاء البطنية وثانيا احتقان العقد الليمفاوية الدل على
 حالة سرطانية في الجزء العلوي للطرف * والاحوال التي تعين على نجاح
 البتر هي اولا الشبوية فانه شوهه ان الشفاء يكون اسرع ومصحوبا بعوارض اقل
 اذا كانت الاشخاص شبانا وثانيا قوة البنية فقد شوهه ذلك في الاشخاص الذين
 بنيتهم قوية وان كانوا ضعافا بسبب غزارة التقيح وثالثا القوة فقد شوهه
 سرعة النجاح في الاشخاص الاقوياء الذين فعل فيهم البتر بسبب جروح جديدة
 ثقيلة جدا رابعا البعد عن الجذع فان رجاء الشفاء يكون اكثر كلما كانت العملية

الاحوال التي ينبغي
 فيها ترك البتر

الاحوال التي تعين
 على نجاح البتر

لزم الذي يناسب
فيه البتر

في محل بعيد عن الجذع * والزمن الذي يناسب فيه البتر يختلف فيناسب
اولا اذا كان الجرح ثقيل جدا فانه يجب البتر حالا قبل ظهور العوارض الالتهابية
وثانيا اذا كان هنالك داع من فلا ينبغي ان ينتظر حتى يقع المريض في الذبول
ويصاب بالامهال فان ذلك يكون دائما عارضا خطرا وثالثا اذا اضطر للبتر
بسبب سفاقيلوس فينبغي في الغالب ان ينتظر ان تكون الطبيعة جمعات فيما
بين الاجزاء الميتة والحية دائرة النهاية وهي علامة على ان الغنغرينا وقت
عن تقدمها ولو فعل بخلاف ذلك لشوه دسعي الغنغرينا نحو الجذع وتلكها
من الجزء الباقي من الطرف وتسببها لموت سريع ورابع الداء السرطاني
فينبغي ان يسرع بالبتر قدر الاسكان متى كانت العملية مطلوبة لداء سرطاني
لانه لو تأخر بها تمكن الداء من ان يؤسس جدورا غائرة في الجسم لكونه بسبب
احتقانا في العقد الليمفاوية للجذع وعند ذلك لا يرجع الصباح * والمحل الذي
يعمل فيه البتر خمسة افعال ايضا فيعمل في اربعة مواضع الاول حذاء الدائرة الجرا
انفاصلة فيما بين الاجزاء الميتة والحية اذا كان هنالك غنغرينا الثاني
اعلى البورة الصديدية اذا كان هنالك تقبج غزير الثالث المفصل العلوي او اى
محل يكون قريبا جدا من اعلى هذا المفصل اذا كان هنالك كسرتفتى الرابع
السرطان ونحوه من الداءات العنصرية فينبغي البتر فيها بعيدا عن الداء اما يمكن
واقله ان لا يبقى اثر الداء في الجزء الباقي من الطرف * ومتى تحققت ضرورة
البتر فينبغي قبل تهيئته ان يجهز المريض تجهيزا نفسانيا وطبيعيا فالاول
ان يوقع في نفس المريض عدم كفاية اى واسطة غير العملية في حفظ حياته
وان يخفى عنه جز من الام العملية وخطاؤها وانها تحصل له شفاء سريرا
والثاني ان يورم له متى كانت حالته الطبيعية مستدعية لبعض احتراسات
بتدبير المأكل والمشرب بعض ايام وبالحمية الكلية قبل العملية بيوم وان تستخلص
امعاؤه من ارتبسا كاتما بواسطة مسهل خفيف او حقنة وايا ما كانت قوة
المريض فلا ينبغي ان يفصد قبل العملية لانه لا يمكن تصدير كمية الدم الذي
سيفقده زمن العملية وان يستضاء المحل الذي تكون فيه العملية اما بالنور

المحل الذي يعمل
فيه البتر

تهيئة المريض للبتر

الطبيعي او الصناعي * وينبغي قبل الانتصاب للبتران ينظم باتقان الجهاز
اللازم فتصف الآلات المطلوبة لقطع الاجزاء في صينية بانتظام وفي صينية اخرى
يصف جميع ما يلزم لربط الاوعية ومداواة الجرح * والالات اللازمة لهذه
العملية الزائدة الصعوبة هي هذه الاولى الكابسة الثانية سكاكين مستقيمة
مختلفة في الطول ذات حدة واحدة قاطع وذات حدين قاطعين الثالثة مشرط
او مشرطان احدهما مستقيم والثانيهما محذب الحد الرابعة شامرة اللحوم
وهي رفايد مشقوقة ولا تستعمل الا في بتر طول الاطراف الخامسة مناشير
بترية اذا كان البتر في متصل الطرف السادسة ملاقيط ربط وابر خياطة
السابعة اخیطة مختلفة الغلظ الثامنة عصايب لزجة من الداخلين ونسالة
مهيئة ووسادات وكرات التاسعة رفايد كثيرة مستطيلة رفيعة العاشرة لقافة
او افاقتان طول كل واحدة منهما ثمانية اذرع او عشرة وعرضها ثلاثة اربط
الحادية عشر اسفنجة رقيقة وماء فاتر وخل ومجرفة لتسخين العصابب الزجة
وهذه القطع المختلفة للجهاز ينبغي ان تكون مصقوفة بانتظام على حسب
احتياجها كما شرح وعلى الجراح قبل ان يتدبى العملية ان يحقق بنفسه دائما
ان كان كل ذلك مجهزا تجهيزا لاي مقام لا * ومعلوم ان الجراح لا يكفي وحده
في الاجتهادات المختلفة التي يستدعيها البتر فيحتاج لمساعدين واحد لضبط
الطرف والاخر لضغط الشرايين وثالث يضبط الجزء الذي في اعلى المحل الذي
يكون فيه البتر ورابع يناول الجراح الآلات بحسب ترتيب الاحتياج اليها
وخامس يناول القطع اللازمة لمداواة الجرح وبالجمله فيلزم اشخاص كثيرون
يكونون حوالى المريض لتثبيت بقية اطرافه وتمنعها من التحرك زمن العملية
والمساعدون ينبغي ان ينتخبوا بقدر ما يمكن من الجراحين او من التلامذة الاكثر
معرفة * ووضع المريض زمن البتر يختلف بحسب الطرف الذي تكون فيه
العملية فينبغي ان يكون مضطجعا على حافة سرير معتدل في العلو او على طاولة
عليها اراحة اذا كانت العملية في انطرف السفلى وبخلاف ذلك يجلس اذا كانت
العملية في احد الطرفين العلويين * ثم اذا كان البتر في طول الاطراف

المساعدون في البتر

وضع المريض

وضع الجرح

وقف الجراح وحشياً اذا كانت العملية في العضد او في الفخذ ويقترب انسيها
اذا كان القطع في الساعد او في الساق واما ما اذا كانت في الكف او القدم وبعد
تنظيم جميع ما ذكر على التعاقب لا يبقى على الجراح الا العمل لكنه عليه قبل ذلك
ان يجزم بالاطريقة التي ينبغي استعمالها في البتر الذي سيعمله اما في متصل
الاطراف او في مفاصلها ولست ككلم على كل من هذين البترين في مبحث يخصه
فنعول

المبحث الاول البتر في متصل الاطراف

هذا البتر اما حلقى واما ذوا اهداب اعني ان فصل الاجزاء الرخوة اما ان يكون حلقياً
او من جهات تتلاقى مع بعضها بحيث يتكون منها اهداب

كلام كلي على البتر الحلقى عموماً

البتر الحلقى ينبغي ان يكون بحسب ما ذكره وهو ان اول ما يقطع الجلد ثم العضلات
السطحية فالقطع الاول يشتمل على الجلد والطبقة الخلوية تحت الجلد وذلك بان
تمسك السكين باليد اليمنى مسكاً مائلاً للكف ويكون ظهر النصل متجهاً الى الخلف
وباليد اليسرى يمسك الطرف المراد قطعه لتحفظ الاجزاء الرخوة المراد قطعها ثم يمر
باليد المتسلحة بالسكين من اسفل الطرف المريض ويشن الجراح ساعده ثم يضع
الحد القاطع للالة وضعا مودياً قريباً جداً من يد الالة على وحشى الجهة العليا من
الطرف وحينئذ فينزاق النصل كابسا به قليلاً من مفصل الالة الى يدها نحو سننها
فاعلا حوالى العضو حلقة تنتهى الى حيث ابتدأت وبعد شق الجلد على نحو ما ذكر
يمسكه الجراح بالابهام والسبابة من اليد اليسرى ويفصله من الاربطة الخلوية
الضامة له بالوتر العريض ثم يقلبه بقدر قريباً طين ويمسكه للمساعد الحافظ للجزء
العلوى من الطرف ثم يعود الجراح الى الوضع الاول ويضع ثانياً السكين قريباً من
ثنية الجلد المنقلب ويقطع في دفعة واحدة جميع العضلات الى العظم والمساعد
يجذب الاجزاء بقوة ثم يقطع الجراح بقطع ثان جميع الالياف اللحمية للطبقة الغائرة
التي كانت مكونة لشكل اسفني من الامام وبعد انتهاء قطع الاجزاء الرخوة تجذب

الى الاعلى برقادة مشقوقة وفي بتر الفخذ او العضد يوضع طرف العظم فيما بين طرفي
الرقادة المشقوقة اللذين يصلان لاجل ان تحيط بتلك الاجزاء من اسفل الجزء الذي
سبقي من الطرف وفي بتر الساق والساعد تستعمل رقادة ذات رؤس ثلاث الوسطى
منها تدخل بين العظمين وعلى كل حال فالرقادة تغطي الجزء الذي سبقي من
الطرف ثم يجذبها المساعد بقوة نحو الجزء العلوي للطرف بحيث انها تثبت اللحم
وتحفظه من تأثير المنشار وقبل استعمال المنشار تقطع قطعاً حلقياً بواقى العضلات
والسماق ايضا بالمشرط او السكين في المحل الذي ينبغي ان يوضع فيه المنشار *
واما قطع العظم فيمسك فيه المنشار باليد اليمنى ويوضع نصله وضعا عاموديا على سطح
العظم وتهدى حركته الاولى بنظر الايهام اليسرى وينبغي ان تكون حركته الاولى
بطيئة وبدون كبس وكما اخذ في الغور يزداد في سرعة جر وبدون كبس باليد اصلا ومع
ذلك يحترز من ميل الالة لاحد الجانبين وعند ما يقرب انتهاء قطع العظم يبطىء
في جر المنشار ويحفظ عن ان لا يكبس به الا كبسا خفيفا جدا خوفا من انكسار
العظم ومع ذلك فعلى المساعد الماسك لاسفل الطرف ان يجتهد في عدم رفعه اثملا
يمنع سير المنشار وفي عدم تنكيسه لئلا ينكسر العظم فاذا حصل هذا العارض
وبقيت شظايا بارزة في الجزء الباقي من الطرف فصلت بمنشار صغير او بكاشية
قاطعة واذا اريد قطع عظمتين في آن واحد كما في الساعد او الساق ينبغي ان يكون
النشر اولاً في احدي العظمتين ويتقدم في ثانيتهما عند نهاية قطع الاولى
والمقصود الا عظم من البتر الخلق ان يبقى من الجلد والعضلات ما يكفي لتغطية
العظم بحيث لا يكون العظم الباقي مجاوزا احدهما وبارزا الى الخارج ويمنع انضمام
الاجزاء الرخوة فبذلك يكون العصب اى الجزء الباقي من الطرف ذا شكل اسفيني
مقعر اقمته تلى الجهة المنشورة وانهم يغطي بسهولة بعد انضمامه العظم والاتحام
يكون اأمن واسرع ويتغلى العظم بطبقة خميرة تصونه من اثر ردئة وذلك مهم
خصوصا في بتر الفخذ لان الشخص يضطر لوضع طرف العصب على رجل صناعية
وبعد تمام العملية ينبغي سريعا ان تزال الرقادة المشقوقة ويبادر بربط
الاوعية التي يكشفها الجراح نفسه ويمسكها فيبتدى بالشريان الا كبر لكونه

ربطه الاوعية

الاسهل وجودا والا هم سدا ثم بقية الفروع التي هي اسهل في كشفها لان الدم يأتي
اليها بكمية زائدة فيمسك الجراح الوعاء باللقاط الشرياني او انشريحي محيطا
بكل سمكه متحرسا من ان يدخل معه العصب او الوريد وبعد مسك الشريان
يجذبه الجراح الى جهته قليلا ثم يذهب مساعدا بالخيط اسفل الشريان ليضم
طرفيه من اعلاه ويعقده عقدة بسيطة ويشدها شدا كافيا حتى يتكسر الشريان
ثم يعقده عقدة ثانية ولا يكون الشد شديدا جدا خوفا من قطعه وبعد ربط
الشريان الرئيس يسعى في التفتيش على بقية الشرايين ويربطها على التوالي على
نحو ما ذكر * والاخيلة المستعملة لربط الاوعية تكون في الغالب من كان
او تيل وتكون مبرومة مفردة عند ربط الاوعية الصغيرة ومزدوجة عند
المتوسطة وثلاثية للحدود الغليظة * والجراحون الانجليزيون يستعملون دائما
خيطا رفيعا من قنب او حرير وعين هذه الاربطة انما تنقطع او تقطع الشريان
* والغالب ان الجراحين يجعلون بقية الرباط بعد ضم الجرح في الزاوية السفلى
للجرح ويذهبون به الى احد جانبي العص وينبتونه فيه بقطعة من مشمع * وبعض
الجراحين رأى ان ابقاء الرباط خارج الجرح يكون بمنزلة موصل لتلقيح بعض
الامراض كغفريسا المارستان فلنع هذا انضر بقطع طرف الخيط ويترك
العقدة حوالى الشريان لكن شوهه ان ابقاء هذه العقدة في الجرح بمنزلة
جسم غريب تتكون منه خراجات تابعة * ومن حيث ان الحرير والخيط يظهر
انهما لا يمتصان فقد جرب بعض الجراحين ربطا مصنوعا من سبورجلد حيوان
او من امعادود القمر مؤملين ان هذا الجوهر يمكن امتصاصه لكن الظاهر ان هذا
الامر مشكوك فيه عند معظم الجراحين الذين يستعملون الرباط من الخيط
ويقطع احد طرفيه * وقد اخترع من مدة قريبة لى الشرايين بدلا عن ربطها
والمستعمل في ذلك جفتان احدهما الاعتيادى المستعمل في ربطها والثاني
كل من شعبيه مستدير من سنه الى الاعلى بقدر قيراط فيمسك الجراح بالجفت
المذكور طرف الشريان كسكة اذا اريد ربطه ويجذبه من سطح العص الى جهته
بعد عزله اياه عن الاوردة والاخيلة العصبية المجاورة له ثم يمسكه بشعبي الجفت

الاخيلة

لى الشرايين

الثاني لا بسفيه فيقبض بهما على حجم الشريان مستعليا قليلا عن محل المسك
 الاول ثم يضغط بهاتين الشعبتين على الشريان ضغطا قويا فتتمزق طبقتيه
 الوسطى والباطنة ثم يصعد بشعبي هذا الجفت الى الاعلى قليلا من غير ان
 يفتحهما فبذلك تنقلب الطبقتان المتزقتان الى الباطن وتذهبان الى الاعلى
 ثم يلوى الطبقة الخلوية السليمة باليد الماسكة للجفت الاعتيادي خمس ليات
 اوست مع عدم تغيير وضع الجفت الاخر ثم يزبل الجفت العلوي ويدفع بالاقتصادي
 الجزء الملتوى في سمك اللحم وهذه الواسطة استعملت بجهة مران مع النجاح *
 والذي يظهر ان الربط احسن لان منافعه ثابتة بالبرهان والى لا يظهر منه
 منافع عظيمة فانه يسبب في بعض الاحوال خطر المريض * وضم شفتي الجرح
 في البتر ينبغي ان يكون في الذراع والفخذ والساق على وجهه يقرب لحم الجهتين
 الباطنة والظاهرة الى بعضه ليتكون من ذلك جرح مستطيل من الامام الى
 الخلف ملحوظا في ذلك ان يكون المريض منتصبا * وبعد ربط الاوعية
 وتنظيف سطح الجرح ودأثرته من الدم المتجمد ينتصب الجراح لمداواة الجرح بان
 يضم اولا اللحم على طرف العظام بدون واسطة بينهما وطريقة المداواة تختلف
 بحسب الاجتماع في حصول الالتحام بواسطة او بدون واسطة اما الالتحام بواسطة
 فكان القدماء معتادين على ان يماؤا الجرح برقادة ونسالة واسفنج وغاريقون
 وجواهر اخرويد اوون الجرح كبقية انواع تفرق الاتصال باحدا ثم فيه التقيح
 واما الالتحام بدون واسطة فمن المعلوم ان الرباط اذا لم يقطع قريبا من الشريان
 فوضع في الزاوية السفلى للجرح او في احد جانبي العصب لكن على المحل الاقرب من
 حافة الجرح ثم يقرب الجراح شفتي الجرح ويحفظهما متلامستين مقللا ما يجعل
 بينهما من الاجسام الغريبة ما يمكن مع الاجتهاد في ان لا يبقى خلوا عظيم ما في
 قعر الجرح ولا في حوافه فلذلك يقرب المساعد لحم الطرف الى الاسفل ويثبت
 على هذه الحالة والجراح يكون واقفا امام العصب ويضع العصائب الزججة مبتدأ
 منها بالوسطى فانه بذلك يسهل في الغالب وضع بقية هذه العصائب والغالب
 انه يكفي ثلاثة منها اربعة ومن الواجب ان تبقى مسافة صغيرة سائبة فيما بين

الحكم على الطريقتين

مداواة جرح البتر

عصاة حلقة

كل من هذه العصاب ينبغي ان يكون طويلا كفايا بحيث تشغل خمسة
 قراريط اوسمة من كل جانب من جانبي العصب فيذات يتم المقصود من المداواة
 وهناك جراحوون يبتدون بوضع عصاة لزجة حوالى العصب ثم ينزلون بها الى
 قاعدة الجرح ثم يثبتون عليها بقية العصاب اللزجة ومقصود هؤلاء الجراحين
 بذلك حفظ العضلات ومنع التقلص التامى عنها وتثبيت تقارب حواف الجرح
 وكثيرا ما تنفع ان يوضع على جوانب الجرح وضعا موازيا لقطره الاعظم رقايد
 فحشية على حسب ما يقتضيه الحال وتثبت باللفافة التى ذكرت وهذه الواسطة
 هى التى تمنع في كثير من الاحوال تجمع السوائل في قعر الجرح وتسبب التحام
 كاملا ثم يوضع على العصب كله رقادة رفيعة مصفوية مدهونة بمرهم ويوضع عليها
 بعض وسائد من نسالة وعلى هذه الوسائد رقادة او رقادتان مستطيلتان عرض
 كل واحدة منهما يمايزا لقطر العظم للجرح بقليل وتخط هذه الرقايد برقادة
 طويلة وتثبت جميع ذلك بلفافة صغيرة تلف بعض لفات حلقة حوالى قاعدة
 العصب واذا كان المريض قلوفا احيط امام العصب بلفافة اطول من المذكورة *
 وقد استعمل بعض الجراحين بدل اللزق اللزجة في ضم شفتى الجرح بعد البتر
 الخياطة وهذه الواسطة لا ينبغي ان تستعمل عموما لانها ليست دائما ضرورية
 لتحصيل الالتحام بل تسبب المما وانما هى معدة للاحوال القليلة التى تكون فيها
 العصاب اللزجة غير كافية كما اذا كان الجلد قليل التمدد او ابقاء حالة الاجزاء منه
 قدرا كافيا لكن يحتاج لان يفعل جذب قوى في حواف الجرح حتى تكون
 ملائمة لبعضها وينبغي ذلك ايضا فيما اذا كانت الاشخاص مهزولة والجلد
 والعضلات فيهم مسترخيين فحينئذ لا تكفى العصاب اللزجة لحفظ حواف الجرح
 متلامسة ولا في انقلابها الى الباطن * واعلم ان القاعدة القديمة في معالجة
 جروح البتر معرضة لان يعرض منها امور صيرورة العصب مخروطا وموت العظم
 ونهوك المريض من غزارة التهيج والالام الشديدة عند كل تغيير على الجرح
 وكونها تستدعى اربعة اشهر او خمسة اوسمة او سبعة او ثمانية حتى يلتحم الجرح
 وانه لا ينشأ عنها في الغالب التحام متين بل اثره رقيقة جدا تتفرق من ادنى حركة

الخياطة

الحكم على الانضمام
بواسطة وبدونها

* واما القاعدة الجديدة فشقة الجرح فيها قليلة والحمى معتدلة والتقيح قليل
 جدا والعص يبق مستديرا متينا مغذى تغذية جيدة ويلتحم الجرح في مدة
 ثمانية ايام او عشرة او خمسة عشر او ثلاثين والاثرة تكون صلبة متينة فيتمكن
 الشخص من ان يستخدم تحتها رجلا صناعية وغير ذلك من المنافع التي لا تحصى
 فينبغي استعمالها دائما في الاحوال التي لم يبق فيها في العص الا اجزاء غير
 سليمة واذا تجمع في مركز الجرح بعد العملية قيح او انصباب دموى فلا يضم
 الجرح بل يتخذ الخروج المادة مسلك عريض بازالة العصائب اللزجة او الحياطة
 ثم يتظف الجرح ويداوى مداواة رخوة بنسالة رفيعة مع حفظ حواف الجرح
 بالعصائب اللزجة لكن من غير ان تقرب لبعضها وبعد ارجاع المريض لغراشه
 ينبغي ان يراح في وضعه ويوضع على الطرف طارة لمنع الالتفة عن الوقوع على
 العص بعد ان يوضع على وسادة رخوة مرتفعة قليلا بحيث تكون العضلات
 مسترخية والساثلات ممنوعة عن ان تميل الى الذهاب جهة الجرح والمداواة
 الوقفية ان يعطى للمريض جرعة مسكنة مضادة للتشنج بلعقها مدة اليوم
 من كبة من منقوع البنفسج او الزيزفون او السوسن مضافا عليه عشر نقط
 او خمس عشرة من اللودنوم ومثلها من الايتير المحلى بشراب بسيط وتنبغي الحمية
 القاسية ويعطى له مشروب من مغلى الحطامية وان كان رد الفعل شديدا اعطى له
 مغلى مخض قليلا وتدير المأكول والمشارب للمبتورين كتدبير ذوى الامراض
 الحادة واصحاب العمليات الكبيرة ثم ان كان المبتور قويا دمويا قصد لتدارك
 الالتهاب ورد الفعل العام واول تغيير على الجرح لا يكون في اغلب الاحوال
 الا بعد ثلاثة ايام او اربعة بل او خمسة او ستة وهذا الزمن لازم لحصول التقيح وعلى
 المساعد وقت التغيير ان يحفظ العص ماسكاله برفق بيديه جميعا من غير ان يهزه
 وقبل ازالة الجهاز ساعة ينبغي ان يبل بماء فاتر حتى تنفصل اللغائف والرفايد
 والنسالة بسهولة بدون جذب وحال تعرية الجرح يجب تنظيفه بماء فاتر بان يصب
 عليه برفق ثم ينشف بلطف بخرقة رقيقة او بكرات من نسالة واذا لم يكن هنالك
 تقيح ولا ما يظن انه يكون يوران صديديته في مركز الجرح فالحترز عن ازالة

المعالجة المتابعة

تدبير المبتورين

العصائب اللزجة وفي خلاف ذلك ينبغي تجديد هذه الاشياء احدثها بعد الاخر
 وبواسطة ضغط لطيف تخرج المادة الصلبة منها وغيرها الى الخارج وينبغي ان
 يكون فصل العصائب اللزجة من الجائين متجهها بها الى قمة العص لانه اذا كان
 بخلاف ذلك يخشى عند فصلها من احد الجائين الى الاخر من ازالة الالتصاق
 الذي لم يزل ضعيفا ثم يوضع جهاز جديد ويجدد في كل يوم او يومين على حسب
 كثرة التقيح وقتنه * ثم ان العوارض التي تعقب بتر الاطراف كثيرة وثقيلة
 فمنها ما يحصل زمن العملية ومنها ما يحصل بعده بزمن مافالذي يحصل زمن
 العملية التزيف وهذا ينبغي تداركه ما امكن لانه قد يهلك المريض ويتسبب عن
 عدم جودة الضغط على الشريان او من عسر مسكه ويتسبب بوضع الوسائط
 الضاغطة ثانيا باجود من الاول فان لم يكف ذلك وضع على العص كتلة من
 نسالة وان كان التزيف منبعا من الاوردة امر المريض بشهيق مطويل فيثقف
 التزيف سر يعاوم بما يحصل زمن العملية ايضا الانحاء والغشى وينشأ ان من
 التزيف او من الالم او الفزع الذي يحصل للمريض من العملية فيستعمل لتداركه
 الماء البارد والخل رشاعلى الوجه او ماء الملكة او الاستنشاق بروح النوشادر وكثيرا
 ما يشاهد العص عقب البتر مصابا بحركات تشنجية واختلاجية تستمر
 في الغالب زمنا يسيرا وتزول في مدة بعض دقائق وهذه تعالج باسغال الجرح
 دفعة عن اتبهاه للعملية وتشجيعه وتمسيكه طرف نفسه او بمسك المساعد
 يديه جميعا بقوة حتى تنتهي مداواة الجرح * والذي يحصل بعد العملية امور
 منها التزيف فقد يحصل بعد مداواة الجرح من عدم ربط شريان مهم
 او استرخاء رباط او اكثر ويحصل بعد العملية بزمن يسير وفي الايام الاول التابعة
 للعملية ويتدارك بازالة الجهاز وربط الاوعية التي لم تربط واعادة رباط آتربد لا
 عن الذي استرخى * ومنها مخروطة العص وذلك صادر من عدم بقاء
 مقدار من الاجزاء الرخوة كاف لستر طرف العظم فيكون عليه كوسادة
 فيكتسب العص شكلا مخروطيا كقمع السكر تتكون قته من العظم ولا يغطيه
 الاجلدة رقيقة صهبا تنسلخ من ادنى احتكاك ولا يتمكن المريض من ان يرتكز

عوارض البتر

ما يحصل بعد العملية
التزيف

ومخروطة العص

به على عضو مشاعى فينبغي في وقت العملية ان يحترس باجتهاد من هذا العيب
الثقيل جدا ومنها بروز العظم فقد يبرز العظم عن الجرح من الاسباب المذكورة
بروزا ما فلو دخل العظم ونفسه لا يجتهد ان الطبيعة لحصل التفلس بوجه بطئ
جدا لان ذلك يحتاج الى اربعين يوما وستين بل والى ثلاثة اشهر او اربعة حتى
يسقط الجزء الميت والاولى حيثئذ ان يخلق الجزء البارز بالنشاز من اعلى حدود
اللحم من بعد ان يفصل عنه هذا اللحم باحتراس ومنها عوارض اخر فان
الجروح الصادرة من البتر معرضة لبقية العوارض التي تعترى بقية الجروح
كالالتهاب وغرغرة المارستان والخراجات والتيتنوس ونحو ذلك

الكلام على البتر ذي الاهداب

البتر ذو الاهداب ان يجعل قطع الاجزاء الرخوة على وجهه يحصل منها هذب
او اكثر كاف لان يعطى طرف العظم تغطية كاملة وهذه الطريقة قديمة جدا
والغالب ان الذي يبقى في هذا النوع من البتر هديان وقد يكون هديا واحدا فقط
وبندر ان يكون اهدابا كثيرة فطريقة تكوين الهدب الواحد يستعمل فيها سكين
ذات حدين تدخل في المحل الذي يراد نشر العظم منه وهناك ينبغي ان تكون
قاعدة الهدب وتخرج من محل مقابل للمحل دخولها وبعد اجتيازها في هذا
المحل يذهب بها منحرفا بجدها ويصكون الهدب من جهة الجلد ويؤخذ هذا
الهدب من لحم الجهة الانسية او الوحشية للطرف وهذه الطريقة غير مستعملة
بكثرة في عصرنا هذا وطريقة تكوين الهدبين ان تدخل السكين كما ذكر لكن
من جانبي العظم بحيث تكون هدين متماثلين وفي هذه الطريقة ينبغي ان توجد
الاوعية الرئيسة للطرف في احد الهدبين حذاء زاوية التقاءهما والغالب
ان تنتهي العملية بالقطع الاخير للهدب الذي فيه توجد الاوعية الغليظة وبعد
تقليم ذلك يرفع الهدبان ويقطع العظم كالقطع الاعتيادي وتربط الاوعية وتضم
حواف الجرح بالعصايب النزجة او الخياطة ويداوى الجرح ويتم كل شئ على
ما ذكر في البتر الخلقى وجميع ما ذكر في البتر الخلقى قد يحصل في هذا وطريقة البتر

الحكم على هتين
ابقا عديتين

الخلق هي المستعملة عموماً ويجهل فيها في ان يكون في اللحم مخروطي مقعر كثير الغور او قليله يكتفى في مركزه العظم ويمكن تقريب الاجزاء الرخوة لبعضها من احد الجانبين الى الآخر والبتراخلق المذكور اسهل واسرع تقيماً واقل المأل للمريض من البتر ذي الاهداب وهو لا يخشى فيه الامن ان تنقص الاهداب فتفارق الاجزاء المعدة هي لسترها وانها تجذب بثقلها الى الاسفل كما قد يحصل ذلك في بتر الفخذ فيبرز عظم الفخذ من الامام فيما بينها والاولون المحترعون للبتر ذي الاهداب كانوا يظنون انهم يصيرون بذلك ربط الشرايين غير محتاج اليه لكن الامتحان اثبت فساد هذا الرأي وبعضهم كان يزعم انه يمنع حصول تغلس العظم لكن الامتحان ايضا لم يثبت هذه الفائدة فينتج من ذلك ان البتر الخلق احسن من غيره

الكلام على البتر الخلقى مخصوصة

البتر الخلقى يكون في اربعة اعضاء

الاول العضد

بتر العضد قد يتم في جميع اجزاء سعته فلم يكن له محل مختار منه لان المرض الذي يستدعي هذه العملية يعين بمحدوده المحل الذي يجب فيه البتر لكن من الواجب ان يكون القطع الى الاسفل ما امكن لاسر من الاول البعد عن الجذع ما امكن الثاني لاجل ان تبقى عدة كثيرة من العضلات سليمة حتى ينفع الذراع فيما بعد اكثر مما يمكن * والجهاز يشتمل على سكين ذات حد واحد وطولها متوسط وعلى مشرط مستقيم ومنشار وملقاط وابروا خيطة مشعرة ورفادة ذات رأسين ونسالة وبعض رفايد مستطيلة ولقافة وخمس عصايب لزجة اوست وهيئة وضع المريض ان يجلس على حافة سريره او على كرسى ويبعد ذراعه عن جذعه ويكون موضوعا وضعا افقيا والمساعد يضغط على الشريان العضدى اما باصابعه من انسي العضد في ملتقى ثلثه السفلى بثلاثه العلويين اذا كانت العملية في اسفل العضد جدا فاذا كان بخلاف ذلك بان كانت اسفل

رأس العضد وضع في تجويف الابط ككرة من خرق او نسالة وعليها رباط ثم يوضع
الجراح على الاخرم وقد يضغط الشريان الابطى من اسفل الترقوة على الضلع
الثاني اما بواسطة الابهام او بواسطة كرة ذات يد والجراح يقف وحشى العضد
ويشق الجلد شقا حلقيا ويفصله عن الوتر العريض العضدى ويرفعه ثم يقطع اللحم
الى العظم بقوة ثم يأتي بالسكين ثانيا على ما بقى من اللحم ملتصقا بالعظم وينتهي
القطع وبعد رفع اللحم بالرفادة المشقوقة التي يذهب بطرفيها الى اعلى ليتصا بها هنالك
واحد رأسها يتجه الى الامام والاخر للخلف ويشق الجراح السمحاق وينشر العظم
ثم يربط جميع الشرايين المنفتحة مبتدئا منها بالشريان العضدى الذي يمسكه
بشعبي الملقاط لعزله عن العصب الاوسط الملاصق له لانه من اللازم ان
يحترس من دخوله معه في الرباط ثم يضم الجرح على وجهه تكون له زاوية مقدمة
وزاوية خلفية يجعل فيها اطراف الاربطة

الثاني بر الساعد

الساعد كالعضد لا يختار فيه محل عن غيره وينبغي ان يكون البتر من الاسفل
بقدر الامكان نظر العلل المتقدمة في بتر العضد * والجهاز فيه كجهاز بتر العضد
ويريد عنه سكين بين العظمين وهي ذات نصل رقيق ولها حذان وبدل الرفادة
ذات الراسين رفادة ذات ثلاث رؤس ووضع المريض لا يخالف ما ذكر في بتر العضد
والساعد يكون ممسوكا مسكافيا في حالة متوسطة ما بين الكعب والانبساط
بمساعدين احدهما يمسك المرفق والثانيها خنقة اليد وضغط الشريان يكون
من الجهة السفلى للعضد والجراح يقف نسي الطرف والمساعد الماسك للجزء
العلوى يجذب الجزء الى اعلى والجراح يشق الجلد بالسكين شقا حلقيا ويفصل
الاحمة الماسكة له ويقلبه ثم يشق شقا ثانيا حذاء ثنية الجلد قاطعا به جميع
اللحم الى العظم ثم ينهي قطع الاوتار وغيرها من بقية الاجزاء الرخوة ثم يمسك
السكين بين العظمين ويمر به بالعرض فيما بين العظمين ليقطع الارعية والاربطة
بين العظمين ثم يسطحه ويقطع بحده اللحم الذي في طول الكعبرة والزند ثم يخرج

السكين وينفذ منها فيما بين العظمين من الوجه الراحي وبعد ذلك يضع السكين
من يده وينفذ الرأس الوسطى للرقادة المشقوقة فيما بين العظمين ويرفع بها اللحم
ثم يشق السمعاق وينشر العظم كما ذكرنا وبعدها تقيم العملية بربط على التعاقب
الأوعية الكعبرية والزندية الكائنة في الجوانب الانسية والوحشية للعص ومام
العظم المصحوب كل منها بعصب ينبغي التحرز من ادخاله في الربط ثم يربط
الشريان بين العظمين الكائن نحو الجهة الوسطى للجرح ثم يرد جلد الوجه المقدم
والخلفي للساعد ويضمه بحسب القطر الصغير للساعد ومساواة الجرح تكون
كما ذكر قبله

الثالث البتر الحلقى للفخذ

ينبغي ان يكون بتر الفخذ دائما الى الاسفل ما أمكن لانه يزيد في الحجم كلما قرب
للجذع فيصير سطح العص اعظم سعة والجهاز اللازم لذلك لا يخالف جهاز بتر
العضد الا ان السكين والرقادة المشقوقة يكونان اعظم والقطع اللازمة لما رواه
الجرح لا تختلف عما ذكرهنا ووضع المريض ان يكون مستلقيا على سطح افق على
طرف سريرا واطالة ورأسه مثبتة على وسائد والحوض يكون محاذيا لحافة
السرير والرجل السليمة تكون منثنية نصف انثناء ومثبتة بمساعد والرجل
المراد بترها تكون موضوعة وضعها اقويا وممسوكة بثلاثة مساعدين احدهم
يمسك القدم وثنائهم الفخذ من اعلى الركبة وثنائهم يقبض بيديه الجزء العلوي
من الفخذ ويجذب الجلد الى اعلى ومساعد رابع يضغط باصابعه او بالكرة ذات
اليده على الشريان الفخذي فوق شعبة العانة منخرقا قليلا من اسفل الى اعلى
ومساعد خامس يتوكل بمناولة الاكوات ومساعدان آخران يمسكان المريض
وبعد التمسك بما ذكرهنا يوقف الجراح وحشى الفخذ ويشق الجلد شقا حلقيا ثم يفصله
من اربطته الخلوية ثم يقلبه ومن محل ثنيته تقطع الطبقة العضلية السطحية
والطبقة الغائرة وبعد ذلك يرفع اللحم بقوة بواسطة مساعد ويضع حد السكين
على وسط المخروط ويقطع الطبقات الغائرة للعضلات المتصقة بالعظم بقدر

قيراطين او ثلاثة سعة ثم يضع رقادة عرضة مشقوقة ذات رأسين يرفع بها اللحم
ثم يشق السمعة وينشر العظم من تقعا بالنشر ما امكن ثم يربط اولا الشريان
الفخذي والفروع الشاقبة وبعض الشعب العضلية ويضم الجرح بحيث يكون له
زاوية مقدمة وزاوية خلفية ومداواة الجرح تكون كما ذكر آنفا

الرابع بتر الساق

بتر الساق ينبغي دائما ان يكون في ملتقى ربعه العلوى بثلاثة ارباعه السفلية
اعنى ان يكون نشر العظام اسفل الحدية المقدمة او بكثرة القصبة باربعة قرار يربط
وهذه الطريقة مجودة في جملة احوال لانه اذا كان البتر اعلى من ذلك كان على
محل تفرع الاوعية المابضية وعلى المفصل الشظي القصبي العلوى واذا كان اسفل
من ذلك بقي في العصب طول غير نافع متعب في المشى وبعض الجراحين اوصى بان
يكون بتر الساق الى الاسفل بقدر ما يمكن زائما انه يمكن ان يوضع للعص حزمة
مخوفة مخروطة بها يتحرك المريض من المشى مع ان الامتحان اثبت ان
الاثرة تتحرق دائما فيما بين ضغط العظم والحزمة كاتسا تركيهما ما كان وشوهد ان
اشخاصا كثيرة فعل لهم البتر بهذه الطريقة ثم استدعوا بالبتر في المختار من
المحلات لان الساق كان ينشئ والركبة ترتكز على ساق من خشب وهذا الطرف
من الساق كان متعبا لهم جدا فلذلك هجرت هذه القاعدة بالكلية والجهاز لهذه
العملية بجهاز بتر الساعد ووضع المريض ينبغي فيه ان يكون استلقاؤه انخفا
مبسوط الساق وممسوكا من مساعدا قابض على القدم لا وياه الى الانسية
والشریان الفخذي يضغط اما على العانة او على وسط الجهة الانسية من
لفخذ بجوار او بالالة الكابسة والرجل المقابلة تكون محفوظة ومتباعدة
بواسطة مساعدا ويقف مساعدا اخر من الجهة الوحشية يحفظ اسفل الفخذ وهو معد
لرفع اللحم والجراح يقف من الجهة الانسية وبعد تعيين المحل اعنى اسفل الحدية
لرضفة ثاقصة باربعة اصابع يقطع الجلد قطعاً حلقياً بقدر قيراطين ونصف
من اسفل ذلك ثم يمسك حافة الجلد بالابهام والسبابة اليسرى ويرفعها برفق فيقطع

الاربطة الخلوية بالاربطة للجلد بالوتر العريض وهذا الفصل ينبغي ان يصلح لخواص
 المحل الذي يجب فيه نشر العظم ثم يقطع في مرة واحدة العضلات ويشق بالسكين
 بين العظمين اللحم بين العظمين على حسب الشروط المقررة في بتر الساعد ثم يتخذ
 الرأس الوسطى للرفادة المشقوقة في المسافة بين العظمين ويرفع بها اللحم ثم يقطع
 السمحاق الذي على العظمين ثم يضع المنسل على عرف القصبة من تغصاه
 ما امكن حافظا له بظفر الابهام الايسر محذبا به سبيل النشر على هذا العظم
 ثم يميل المنشار الى الوحشية والاسفل على الشظية بحيث يكون النشر في كلا
 العظمين معالكن يكون انتهاءه اولا في الشظية ثم في القصبة * والمعلم بكلا
 كان بعد ان يتم نشر العظام كما ذكرنا يزيل الراوية البارزة لمقدم القصبة فكان
 بعد ان ينشر العظم كما سبق يقطع السمحاق بانحراف من اعلى الجهة المقدمة
 للقصبة ثم يذهب بالمنشار على هذا الاتجاه المتصرف من اعلى القطع الاول بغير ابط
 وهذه الوسطة يمنع التهييج الذي يحصل من الراوية البارزة جد القصبة تحت الجلد
 * وبعض الجراحين اوصى في بتر الساق المفعول من اعلى جدا بفصل مفصل
 رأس الشظية فتنقطع اربطته المقدمة والخلفية والرباط الجانبي الوحشي وظن
 ان هذه القاعدة تقلل سعة العصب فيكون الشفاء اسرع وبعد بتر الساق ينزق
 الدم من ثلاثة شرايين رئيسة هي القصبية المقدم والخلقي والقصبية الشظية فينبغي
 المبادرة بربطها والشرايين التومسية والسفلية فينبغي ربطها اذا كان حاصل
 منها ترنيب ثم يضم اللحم ضمما جانبيا وينصب لمدواة الجرح كما ذكر

البحث الثالث في البتر من المفاصل

مطالعة مولفات ابوقراط وجالينوس وابناء العرب تدل على ان القدماء كانوا
 يعقلون بتر الاطراف من مفاصلها غير ان من المؤكد انهم كانوا يفعلونه فعلا
 رديئا كالبتر الذي كانوا يفعلونه في اتصال العظام * والبتر المذكور يضطر
 اليه في اربعة احوال اولا في آفات الذراع والفخذ اذا كانت هذه الافات في اعلى
 العضو وثانيا في آفات الاصابع لكون البتر من المفصل فيها اسهل ولا يخشى منه ضرر

مرجبات البتر من المفصل

وثالثا في ألحاحات الجزء المقدم من القدم لأنه يمكن حينئذ إبقاء جزء عظيم النفع للمريض
ورابعا في أفاك الكف لأن البتر في الساعد أطول وأشد المأ * ثم إن فصل المفصل
من الجهات المختلفة للأطراف ينبغي أن يكون فيه أهداب كافية لتغطية الجرح
ولضمه بسهولة والغالب أن يكون الأهداب اثنين ويكون كل منها على كل جانب
من جوانب القطر العظيم للمفصل المراد فصله وينبغي أن تؤخذ هذه الأهداب
من الأجزاء الأكثر ثخنا ولحما وينبغي أن يكون قطعها في دفعة واحدة بقدر
ما يمكن مجتازا في الأجزاء بسكين حادة نازلا إلى الأسفل بقدر الامكان حتى تفصل
تلك الأجزاء ومن المنفعة العظيمة أن تكون تلك الأهداب مهيئة بحيث يكون
تفرق الاتصال ذاسعة قليلة فإن الصيد الصادر منه يجعله سلسا سهلا
* والجهاز الآلي والعلاجي اللازمين للبتر في المفصل ك اللازمين للبتر
في متصل الأطراف الآلي المنشأ * ثم إن البتر المازك ك يكون في اثني عشر
موضعا

الأول بتر العضد من مفصل مع الذكب

قد اخترع لبتر العضد من مفصله المنكبي طرق كثيرة ولا تذكر منها الاثنتين
لكونهما المستعملين غالبا * الأولى طريقة ديويترن وهي أن يقف الجراح
بعد تبعيد الذراع عن الجذع بقدر الامكان ووضعها وضعها اقصيا من الجهة
الانسية ويمسكه ويرفع بيده العضلة الذالية ويتخذ بيده الثانية من الامام إلى
الخلف سكين ذات حدين تحت هذه العضلة ملازمة للعظم من أسفل الأخرم
وينزل فيأبى بين العضد والعضلة الذالية ويقطع في مرة واحدة هدبا وحشيا ينهيه
بقطع منحرف ثم يرفع هذا الهدب وينكس الذراع ويذهب بالسكين على المفصل
المتعري ويقطع في مرة واحدة قطعاً محيطاً برأس العضد الرباط المحفظي
وأوتار العضلة فوق الشوكة وتحت الشوكة وتحت الكتف والجزء الطويل للعضلة
ذات الرأسين ثم يذهب مجد السكين إلى أسفل ويتبدى في قطع الهدب الانسي
وقبل أن ينهيه يسلم العضد لمساعد وهو يمسك بنفسه هذا الهدب ليضغط

طريقة ديويترن

طريقة لريه

الحكم على الطرفين

الشريان ويربطه والعضد الذي تقع فيه العملية لئلا ما كان يمكن فيه مسك السكين
باليد اليمنى لكن ينبغي في استئصال الذراع الايسر ان يقف الجراح خلف
المريض ويتخذ السكين في المنكب من الخلف الى الامام كما ذكرنا واذا كان الجراح
اضبط استعمل يده اليسرى للذراع الايسر واليمين للذراع الايمن * الثانية طريقة لريه
والمريض فيها يكون جالساً وذراعه مبعداً قليلاً عن الجذع والجراح بمسك سكين
بتر صغيرة ويشق بها في الجهة العليا من طرف المنكب شقاً يذهب به من الانحراف
الى الاسفل بقدر اربعة اشرار ثم يضع الذراع حالاً وضعاً اقرباً ويدخل السكين
اولاً من الخلف ثم من الامام للعضد في الشفة الخلقية ثم المقدمة للجرح ويخرجها
اسفل الحواف في الابطن التي من هذه الجهة فيقطع هذين صغيرين يفصلهما حالاً
مساعداً فتعري حيثئذ المحقطة الليفية من الاعلى والامام والخلف ويشق حال
كون السكين مارة تحت العضد وينتهي برفق الهدب العصبي الروماني السفلى مع
تمكن المساعداً في هذه الحالة من ان يمسكه من خلف السكين * وطريقة
دبويترن معتبر عند الجراحين عموماً انها احسن غير ان بعضهم يفضل طريقة
لريه لان بها ينكشف جميع سطح المفصل وذلك مما يسهل زيادة فصل مفصل
العضد

الثاني بتر العضد من مفصله المرفقي

بتر العضد من مفصله المرفقي لم يستعمل الا في احوال قليلة جداً وبعض
الجراحين يعتبر هذا البتر من العمليات المعقولة قليلاً ويفضل عليها في الغالب
البتر في متصل العضد لكن من المؤكد ان هذا البتر مناسب خصوصاً في الاحوال
التي يكون فيها عظام الساعد منكسرين واللحم متمزقاً وفيها اذا كان في هذا القسم
سفاقيوس وكان باقياً من المقدم لحم كاف لتكوين هدب يغطي السطح
المفصلي ومن النافع دائماً ان يبقى للذراع العلوى طول ما يمكن وقد اوصى بطرق
كثيرة غير اننا لا نتكلم الا على طريقة دبويترن لكونها الانسب من غيرها ولكون
الساعد فيها يكون اقل مما يكون متشياً نصف اتناءً بقليل * وهي ان يتخذ

الجراح فكيفنا ذات حدين نصلها ضيق في الجزء العلوي من احدي حديتي
العضد الى الشجامة وينزل بها الى اسفل ليكون بذلك هدباً مقدماً طوله من قيراطين
ونصف الى ثلاثة ويرفعه ويمسكه لمساعدته ثم يفصل الاربطة الجانبية والمحفظة
المفصالية ثم يبحث عن حالة المرفق فان كان سليماً احيط من قاعدته بقطع
يعم جلد الجزء الخلفي للمرفق وينشر ليحفظ وان كان مريضاً ازيت اندغامات
وترالعضلة ذات الروس الثلاث وينهي العملية بقطع الجلد ثم يربط الاوعية
ويغطي الجزء السفلي للعضد بالهدب الذي يثبت بواسطة عصايب لزجة
او خياطة وابقاء رأس المرفق ان امكن احسن من قطعه لان هذا الترتيب انضمامه
للاثر يكون نقطة ارتكاز للعضلة ذات الروس الثلاث العضدية وذلك مما يصير
حركات العنق اقوى وأمن

الثالث بتر الكف من مفصل الرسغ

ينبغي في بتر الكف ان يكون ثابتاً في حالة الانبطاح والساعد مثبت من مساعد
يجذب جلده الى الاعلى والجراح يقف حذاء طرف الساعد ويمسك الجزء المريض
باليد اليسرى ويثبت به قليلاً ثم يقطع بمسكين بتر صغيرة بواسطة شقين جانبيين
متخرفين وشق متوسط بينهما بالعرض هدباً يفصله ويرفعه ويسلمه لمساعد
ثم يمسك اليد المريضة ثانياً ويقطع اوتار العضلات الباسطة للاصابع والكعبية
واوتار الطويلة الباسطة للابهام والقصيرة الباسطة له والكبيرة المقربة ويقطع
الرباط الجانبي الوحشي ويتغذى المفصل بالسكين اسفل التواء البري للكعبية
بينه وبين المربعة الكابة ويقطع الرباط الخلفي ثم الرباط الجانبي الانسي فينتفخ
المفصل بالكلية ثم يثني الكف بقوة ويتغذى السكين فيما بين العظام والاجزاء الرخوة
للسطح الراحي للرسغ ويقطع هدباً مقدماً على حسب سعة الجرح مما سال للعظم
ويكون الشق بطريقة بها يخرج ذلك الهدب قريباً من راحة الكف والامتناع عن
فصل العظم الحمصي وابقاؤه في الهدب يحصل اذا غاص جداً بالسكين قرب الخافعة
الكعبية للمفصل وينبغي في هذه العملية ان تكون السبابة اليمنى من تكزة على البروز

الحاصل من هذا العظم وتكون بمنزلة موصل للسكين وبعد ربط الشرايين الكعبرية والزندية الكائنة في كل جانب للهدب المقدم تقرب الهدبان على حسب القطر الخلقى

الرابع بتر الابهام من المفصل المشطى

ينبغي للجراح في بتر الابهام بعد ايقاف دورة الدم عن هذا الجمل بواسطة الضغط على الشريان العضدى والزندى من مقدم الجهة السفلى للساعد ومساك اليد منبطحة وتباعدا الاصابع الاربعة الاخر عن بعضها بواسطة مساعدان يقف جهة طرف اليد ويمسك الابهام المريض بيده اليسرى ويكون في يده اليمنى مشرط ذو نصل مستقيم ويشق الاجزاء الرخوة الشاغلة للفرجة الكائنة بين هذا الابهام والسبابة ذاهبا بالمشرط من الجانب الزندى للعظم الاول المشطى وعند وصوله للعظم يوجه حذالالة نحو المفصل الذى يقطع بقطعه للارتبطة المحفظية ثم يقلب الابهام الى الوحشية ويتغذيا بالنصل فيما بين الاسطحة المفصالية متمكنا من الاجزاء الرخوة المكونة لارتفاع تار اى كلوة الكف فينحياها عن الالة من امامها بان يتغذها فيما بينها وبين العظم وحال ان يلتفت حذها الى الامام يتغذها على طول الجهة الوحشية ثم يرد الابهام الى وضعه الطبيعى فينقطع هدا بطوله وعرضه موافقا للجرح الحاصل من الشق الاول ومن حيث ان الشريان الكعبرى يتقطع غالبا في هذا البتر يفتش عليه في الجهة العليا للفرجة الاولى بين العظام ويربط وبعد ذلك يوضع الهدب على الجرح باحكام ويثبت بعصايب لزجة متصالية على السطحين الراحى والظهري للكف

الخامس بتر البنصر من مفصل الرسغ المشطى

هذا البتر اعسر من الاول ويسبب ضيقا في فرجة الاصابع وهذه العملية تعمل بشروط الاولى

الساوس بتر الاصابع من مفصل المشطية السلامية

بتر السلاميات يكون على قاعدتين احدهما يبقى فيها هديان وثانيتهما
 يبقى فيها هذب واحد ومن حيث ان اليد تكون منبطحة والاصابع مبعدة عن
 الاصبع المراد بتره بواسطة المساعدا المساك للساعدي تمكن الجراح من ان يمسك
 هذا الاصبع بايهامه وسببتمه اليساريين ويثنيه برفق فيعرف المفصل ويضع
 حدا لالة على الجزء الاوسط لهذا المفصل ويشق شقا متجهها بحسب اتجاه محور
 السلامي الى قرب نصف هذا المحور ثم يشق شقا ثانيا عاموديا للشق الاول بتكيس
 يد المشرط جهة كف المريض وعند وصوله الى السطح الراحي للاصبع يشق شقا
 ثالثا موازيا للشق الاول به يبلغ الى المفصل وبعد ذلك يفصل الهدب الاول بتقيد
 نصل المشرط على طول العظم نحو المنشط حتى انه يجد مانعا متكونا من الرأس
 العليا للسلامي فيقتدي غير اتجاه الحد فيديره عاموديا نحو المفصل ويتقده فيه ثم
 يمسك جلد الجهة المقابلة للجهة التي دخل منها حتى يبعد ذلك الجلد عن الالة
 التي يدخلها فيما بين السلامي والابزاه الرخوة مارا بالالة من الخلف الى الامام
 فيقطع هديا مثل الهدب الاول شكلا وعظما واذا كانت العملية في الخنصر
 اوفى السبابة وجب ان يكون الهدب من الانسية الاول ومن الوحشية للثاني
 ويكون كل من الهديين اطول من اهداب بقية الاصابع وبعد اتمام العملية التي
 لا يحتاج فيها لربط الشرايين يداوى الجرح حالا مداواة تشتمل على ضغط حوائق
 الجرح متضمة ملامسة لبعضها بواسطة عصائب لزجة نصفها يوضع على
 الهدب واطرافها تتصالب على راحة الكف وتظهره

السابع بتر الاصابع من مفاصلها السلامية

لا بد في هذا البتر من ان يكون الكف منبطحا وجميع الاصابع منضمة لبعضها
 الا ما يتر منها فيمسك باليد اليسرى وبعد تحقق موضع مفصله يقطع على السطح
 الظهري واسفل المفصل هذب منحني محذبه يلى الظفر وبعد تميم هذا الهدب يتقذ
 من خلفه نصل المشرط فيقطع وتر العضلة الباسطة ثم الاربطة الجانبية ثم يثني
 المفصل المفتوح بقوة ويوجه الحد القاطع للمشرط الى الاسفل والامام ملامسا

دائماً بالأعظم فيقطع هدباً مقدماً الطول قليلاً من الأول ثم يبدأوى الجرح كما ذكر
 في المبحث السابق هذه هي القاعدة ذات الهدبين وأما القاعدة ذات الهدب
 الواحد فلهما طريقتان الأولى أن تعمل العملية من السطح الظهري للمفصل
 والثانية أن تعمل من سطحه الراجي ففي الظهر نقطة الأولى تكون اليد منبطحة
 وتحفظ كذلك من مساعد يحفظ الأصابع التسليمة مثنية ويجذب جلد الأصبع
 الواقع فيه العملية إلى الخلف ويعرض هذا الأصبع تعرضاً جيداً للجراح الذي
 يمسك يده اليسرى طرف هذا الأصبع مثبته على زاوية مستقيمة ويشق بمشرط
 ذي نصل طويل ضيق الجهة الخلفية للمفصل شقاً مستعرضاً ويشق فيه آن
 واحد جلد المفصل ومحفظته ثم يذهب بالمشرط عينا ويساراً فيقطع الأربطة
 الجانبية ثم يذهب به فيما بين العظام فينتهي العملية بقطع هدب راجي كاف في
 أن يستر الجرح كله وفي الطريقة الثانية تعمل العملية من السطح المقدم للأصابع
 فيكون الكف منكباً والأصبع محفوظاً مثبتاً منبسطاً بإبهام اليد اليسرى
 المرتكزة على طرفه طال كون السبابة منبسطة أسفل المفصل المراد قطعه ثم يمسك
 المشرط مسطحاً ويتقدم به من اليمنى إلى اليسرى أمام المفصل تحت الثنية
 المستعرضة المشاهدة فيه إذا كانت العملية فيما بين السلاحي الأولى والثانية
 ويكون أنزل من ذلك بقدر خط إذا كانت العملية في السلاحي الثالثة
 فقط ثم يكون هدباً راجياً يرفعه الجراح ثم يفتح الجهة المقدمة للمحفظة ويقطع
 الأربطة الجانبية وينتهي العملية بقطع الأنسجة الخلفية ومن المعلوم أن هذه
 العملية أقل سهولة وسرعة في الاتمام من السابقة وتسايجها ليست بناجحة

الثامن من بتر الفخذ من مفصل الحرقفي

أول من خطر بساله من مائة سنة أمكان البتر في المفصل الحرقفي الفخذي جراح
 فرنساوى يسمى مراد ولكن لم تجرب هذه العملية إلا بعد هذا الخطور بمدة طويلة
 والتسايج الحميدة الثقيلة تجت من هذه العملية الثقيلة فوجب الجراح لأن
 يصير محتسراً جداً في استعمالها لكن هناك أحوال فيها يفرض الأمر في استعمالها

للجراح الاولى اذا كان رأس الفخذ وعنقه مكسورين من جسم مقذوف كنبية
 وغيرها الثانية اذا كان عظم الفخذ منكسرا من اعلى جدا او اجزائه الرخوة
 متزقة بسعة عظيمة الثالثة اذا فقد الفخذ فربما جدا من الحوض بحيث
 لا يتمكن فيه من البتر الخلقى الرابعة اذا كان مصابا بجرح او بغيره من اوستوقفة
 فيه فحوزته العلوى وهذه العملية تتم بطرق مختلفة ولان ذكر منها الاطر يقتضى
 * الاولى طريقة لربه وهى ان يشتد أبشق على مسير الشريان الفخذى في ثنية
 الاربية ويربط بواسطة ابرة منحنية رباطا قريبا من القوس الفخذى ما يمكن
 بحيث يكون الربط اعلى منشأ الشريانين المحيط والغائر فيمنع كل نزيف في
 العملية ثم يتقدم من الامام الى الخلف سكين طويلة مستقيمة تنفذ اعاموديا
 فيما بين اوتار العضلات المندخمة في المدور الصغير وفي قاعدة عنق عظم الفخذ الى
 ان يظهر سنّها خارجا من السطح الخلقى للفخذ في النقطة المقابلة لنقطة الدخول
 ثم يوجه السكين بانحراف الى الاسفل والانسية فيقطع هدبا كبيرا من لحم الجزء
 الانسى من اعلى الفخذ والمساعد يرفع هذا الهدب ويربط الشريان السدادى
 وبعض فروع الشريان الاستحياءى اللذين انقطعبا ثم يقرب الرجل لمقابلتها ويقطع
 الجزء الانسى للرباط الخلقى وبعد ادخال سن السكين في المفصل يقطع الرباط بين
 المفصل ويخلع حيثئذ عظم الفخذ ويذها به بالالة من الجانب الوحشى للمدور
 العظيم يكون من الاسفل هدبا اقطاره يقتضى ان تكون بقدر الهدب الانسى
 وينبغي في مدة العملية ان يربط كل ما انفتح من الارعية وبعد تميم العملية
 يجعل الهدبين متقابلين ويثبتهما بعصائب لزجة ويغشى ذلك بنسالة ورقائد
 مستطيلة ويثبت جميع ذلك بسنبلة الاربية وهى نوع من الحفاظ شكله
 كالثمانية بالرقم الا فرنجي هكذا 8 بواسطة لفافة طولها نحو اربعة عشر ذراعا
 وذلك بان يلف منها القتين او ثلاثا لفا اقفا اسفل العرف الحرقنى وعند الوصول
 للاربية يذهب باسطوانة اللفافة وحشى الحرقفة واسفل ثنية الاربية ثم يصعد
 امام الاربية وهناك يتصالب بها اللفة الاولى ويحيط الحوض بلفة حلقيية ثانية
 جديدة ويرجع بها الى الاربية ويلف لفة اخرى وهكذا حتى تنتهى اللفافة بلف

طريقة لربه

بعض اقسام حلقية حوالى الخوض * والثانية طر بقسة جوتري وهى ان يوضع المريض وضعا اقويا ويضغط على الشريان الفخذى من فوق العانة ويقف الجراح وحشى الفخذ ويمسك سكين بترطوبه ويسحق شقين منحنيين يقطع بهما الجلد والمنسوج العلوى ومن حيث انه يشد به ما من اسفل الشوكة الحرقية المقدمة العليا باربعة قراريط وينزل باحدهما الى انسى الفخذ وثانيهما الى وحشيه فينضممان ويكونان زاوية من الخلف امام الحدة الوركية ثم يقطع العضلات على الانحاء المذكور حذاء الجلد المرتفع ليكون هدين عظيمين احدهما انسى مقدم وثانيهما وحشى خلنى وبعد ذلك يربط الاوعية وبضم الهدين بواسطة ثلاث غرز خياطة وبعضائب لزجة ويداوى المحل كما ذكرنا * واما طريقة دليش فتكون بتكوين هذب واحد يقطع من لحم الجزء الانسى للفخذ فقط لان هذا المؤلف قد اعتبر ان الجزء الوحشى للفخذ قليل اللحم وتغلب انسجته من وتر عريض فلا يتكون منها الا هذب رقيق لا يقبل انضماما بدون واسطة ويتكون الهذب الواحد يكون سطح الجرح قليل السعة والهذب الانسى يكفى لتغطية المفصل والرجل تكون فى وقت العملية موضوعة كما ذكرنا يفتد الجراح سكينها من السطح الانسى كطريقة لويه فيقطع هدبا انسيا طوله ثمانية قراريط تقريبا ثم يتعامل على المفصل من الانسية الى الوحشية فيقطع فى زمن واحد لحم الالية وهذه العملية عملها كلون يك بهذه الطريقة فى مارستان ابى زعبل

التاسع بتره من المفصل القصبي

بتر الفخذ من المفصل القصبي معروف قديما لكنه نادر الاستعمال ومع ذلك فتظن انه يختار عن البتر فى متصل الفخذ فيما اذا كان هناك كسرتفتنى فى الجزء العلوى من الساق وفى بقية الاحوال التى يكون فيها التخيير بين بتر الساق والركبة وقد اوصى بهذا البتر فى طرق كثيرة لكننا لا نذكر منها الا الطريقتين المستعملتين اكثر من غيرهما الاولى طريقة بلاندين وهذه الطريقة يكون المريض فيها منبطحا على بطنه ويضغط الشريان الفخذى بواسطة الكابسة او الحاركة من الجهة

الوسطى للتعخذ ثم يعرف حد المفصل من الخلف ثم يمسك المساعد الساق متثيبا قليلا ويمسك الجراح  كيناطويلة ذات حدين بيده اليمنى اذا كان العمل في الساق الايسر وباليمنى اذا كان في الساق الايمن ويتخذها حذاء الخط المفصلي ويخرجها من الجهة المقابلة فيقطع في مرة واحدة هدا خلفيا طوله من خمسة قراريط الى ستة وفي الحال يمسك مساعد هذا الهدب ويرفعه ويذهب الجراح بالسكين ذهابا حلقيا على الجلد وعلى ما دونه من الاجزاء من الامام ومن الجانبين ويضع السكين على الرباط الخلفى للمفصل ويثنى الساق فيقطع الاربطة الخلفية والجانبية والمتصالية والرباط الرضغي ويربط الشريان المابضى ^{والشريان} والتشريانين التوسمية والمفصالية وبعد العملية تلتصق الرضغة بعظم التعخذ ولا يظهر الا السطح السفلى لهذا العظم ويذهب الى الامام بالهدب الخلفى ويثبت بعصايب لزجة وبعض غرز خياطة * والنسابة طريقة ويلبو وفي هذه الطريقة يستلقى المريض على ظهره ويشق الجراح الجلد شقا حلقيا أسفل الرضغة بثلاثة قراريط او اربعة بدون ان يصيب العضلات ويخلص الجلد وقلبه الى الاعلى ويمسكه مساعد جاذباً له نحو الركبة والجراح يقطع الرباط الرضغي والاربطة الجانبية ويثنى الساق قليلا فيفصل من على الاسطح العظمية الغضاريف الهلالية ويقطع الاربطة المتصالية ثم يمر في المفصل ويتم بقطع اوعية المابض واعصابه وعضلاته حذاء الجلد المرتفع ويكون القطع في مرة واحدة وبعد ربط الشريان المابضى وبقية الفروع التى تستدعى الربط ينزل الجراح الجلد المنفصل الى اسفل ويقربه من الامام الى الخلف ويحفظه منضمًا بواسطة عصايب لزجة او غرز خياطة

طريقة ويلبو

العاشر بر القدم من مفصل الرسغى الى مفصل مع الكعب

والعقب والذورق والنزوى

يجب على الجراح من بعد تحقق وضع المفصل الذى تكون فيه العملية وحدوده بواسطة البروز المتككون من الورق في الحفاة الانسية للقدم وبالتنو الذى في الطرف الخلفى للعظم الخامس المشطى الذى يوجد مفصل النزوى بالعقب

بعيدا عنه نصف قيراط من الخلف ان يتم البتر المذكور على هذا الوجه وهو ان
يمسك باليد اليسرى طرف القدم المريض من سطره الاخصى بحيث يكون
الابهام والسبابة على البروزين المذكورين ثم يشق بسكين ضيقة على الوجه
المظهرى للقدم شقا هلاليا محديا من الامام ويمتدئ به من المحل المعلم بالابهام
ويتمى الى المحل المشغول بالافة وهذا الشق يشتمل على الجلد واوتار العضلة
الباسطة والعضلة القدمية وبعد كشف الرسغ كما ذكر في هذا الاصل في المفصل الكعبي
الزورقي وجها لخد هاتحا وانحط الذي يفرض من ابطية الانسية لهذا المفصل
منتحيا الى الطرف التردى للعظم الخامس المشطى ثم يقلب القدم على الوجه
الاخصى ويقطع الاربطسة الظهرية ويدخل في المفصل الكعبي التردى فيقتلعه
كالاول بقلب القدم ويقطع الرباطين المفصل وبعد ذلك يمسك الاسطحة المفصالية
المتباعدة ويدخل فيما بينها السكين مسطحة تحت عظم الرسغ والمشط ليقطع
من الاجزاء الرخوة للوجه الاخصى هديا ينتهى حذاء المفصل المشطى السلاحي
مع الاجتهاد في ان يكون الجزء الانسى لهذا الهدب اطول من الاول حتى يغطي
الجرح تغطية كاملة فان سعته من لانسية اعظم من الوحشية ويربط حالا
الشريان القدي المخصص في الهدب العلوى والشريانين الاخصيين الانسي
والوحشى السكاتين وحشى الهدب السفلى واتسيه ثم يسعى في الضم بمقدار كاف
من عصائب لزجة يكون طولها كافيا لان تصعد الى الساق وتشد عليه
بقوة لتحفظ الهدب الذي له ميل عظيم لمغادرة الاسطحة المفصالية المغطى هولها

الحاوي عشرية بعض اجزاء القدم من المفصل الرسغي المشطى

يلزم في هذه العملية ان يكون الساق والقدم مثبتين بقوة من وساعد والجراح
يمسك بيده اليسرى طرف القدم من وجهه الاخصى واضعا ابهام هذه اليد
على البروز المتكون من الحدية التي فيها الطرف الخافي للعظم الخامس المشطى
ثم يمسح بطرف سبابة يده اليمنى طول الحافة الانسية للعظم الاول المشطى حتى
يصل الى المفصل الرسغي المشطى ليتحقق هذا المفصل فيضع السبابة اليسرى على

هذا المحل وعند ذلك يشق بسكين ضيقة قصيرة ظهر القدم ثم اهلا ليا محده
 بلى الامام ويبتدى بهذا الشق من المحل الذى فيه الايهام وينتهى به نحو السبابة
 التى تبعد عند قرب الالة لها والمساعد يجذب الجلد نحو القدم والجراح بمسبك
 القدم من وجهه الظهري ويقطع الاربطه الضامة للعظم الخامس المشطى
 بالتردى ويتخذ فى المفصل من الجهة الوحشية موجه الدرع نحوها على خط يمتد
 من الجهة الوحشية هذا المفصل الى الطرف المقدم الاول المشطى وبعد فصل
 طرفي المشطيين التاليين بتوجيه حد الالة توجيههما منحرفا قليلا يذهب الجراح
 بالالة ذهابا عاما موديا على الجهة الانسية لمفصل الاول المشطى مع الاسفني الاول
 متقبعا بالقطع قدر خط من الحافة الانسية للمفصل حتى يمر على الجزء الاوسط
 للخامس المشطى وبعد ذلك يغير اتجاه الالة فيدير ظهر النصل الى نحوه ثم يغوص
 بينهما من اعلى الى اسفل فيما بين بروز الاسفني الاول والمشطى الثانى ثم يرفع يد
 السكين فيخط بها قوس دائرة لتقطع الاربطة بين المفصل المتينة جدا الضامة
 لهذه العظام ببعضها ويقطع الرباط المتين الممتد من العظم الثانى المشطى الى
 الاسفني الاول ثم يقلب القدم بقوة على وجهه الاخرى ويقطع الاربطة بين
 المفصل وبعد فتح المفصل فتحا كليا يتخذ السكين مسطحة تحت عظام المشط
 ويمر بهما من الخلف الى الامام فيقطع هدبا سعة كافية لان تغطى الاسطحة
 المفصلية المتعرية واذا كانت العملية فى القدم اليسرى ابتدى بالشق الاول
 من الجانب الانسى ومن حيث ان هذه العملية فيها بعض عسر ومشقة رأى المعلم
 كلوكيه ان يصيرها اسهل واقل ايلاما بان يقطع بالعرض بمشار صغير عظام
 المشط بدل فصل مفاصلها ومداواة الجرح تكون كما ذكر فى العمليات السابقة
 المشروحة آنفا

الثانى عشر بتر اصابع القدم

هذا البتر يكون كبتر اصابع اليد الا فى ان يكون الشق ابتداء بسن المشط بدل
 ان يكون بحمد كله وفى ان يغوص به الجراح موازيا للعظم حتى يصل

المعالجة السابعة
للبرص من المفاصل

الى المفصل المقابل الذي هو غور في الوضع ثم تقذالا كفيما بين الرأسين
المفصلين ويحيط بها على جزء من رأس السلاحي المراد قطعها وينهى العملية كما ذكر
في اصابع اليد وبتراصابع القدم كلها تكون كبتراصابع اليد الا في الابهام فانه
يبقى في اصابع اليد ويزال مع بقية الاصابع في القدم * وبعد تجميع جميع انواع البتر
في متصل الاطراف ينبغي تقريب الاهداب وتطبيقها على اسطح الجروح
وحفظها منضغطة عليها قليلا بواسطة عصايب لزجة ورقايد واربطة ضامة
والمعالجة التي يستدعيها المتورون حينئذ كالمعالجة التي ذكرت في جميع
الجروح الواسعة الثقيلة والبرص في المفاصل يعقبه شفاء اسهل منه في البقية وهناك
امر حري بالتنبيه عليه واظن انه ثابت بالامتحانات الكثيرة وهو ان البرص من
المفاصل يعقبه غالباً عوارض اقل وهو ان يخرج من البتر في متصل الاطراف فانه
لم يشاهد عقب هذا البتر الشكل المخروطي في العصب ولا بروز العظام ولا
التيكروزيست المستطيل الذي يكون من اعلى الجرح بقرار بط كثر ويمنع الشفاء
الاعتيادي لبتر الاطراف فانه بعد نصرة جيش دوين دامات معظم الذين علمت لهم
العملية في متصل الاذرع وشقي معظم الذين فعلت اهم العملية من المنكب
وذلك لان جرح هؤلاء الاخرين اقل سعة وابسط فكان تقيمه اقل مدة وانهم
باكثر سهولة من جروح الاولين وهذه النتائج مستحقة غالباً فلتلزم الجراحون بان
يقدموا بتر الاطراف من المفصل عليه من نصف طول العظام وايضا هو متعين في
الاحوال التي لا يمكن فيها الابقاء اهداب غير كاملة بان يكون البتر في
الاسطح المفصلية كما في القدم فان الامتحان يثبت انه تكون حينئذ اثر متمينة
على الغضاريف المتعربة بها يتمكن من حفظ جزء عظيم من الطرف ومفصل
القدم بالساق والساق بالغذاء يظهر انهم مستثنيان من هذه الطرق التي ذكرها
الجراحون كطرق عامة لكونها حرة بتأملهم فيها واتباعهم لها والله اعلم

هذا اثر مبلغ الراح وغاية الخلد في فن الجراح واعمال اليد خامس كتاب طبع
 من كتب فنون الطب الجديد المترجمة في ظل صاحب الطلبة السعيدة
 طبخته الايادي الوافية من قعماة العلية من بعد ان نظمت في سلك الكتب
 العربية وجعلته درة فريدة في وسط عقودها الذهبية تتحلى باستعماله عرائس
 الاشباح وتشقى بشرب رحيقه من بوائق الجراح غزير المعاني بين آراء
 المتأملين قريب التداني من ايدي المتناولين لطيف السمايل يسر الناظرين
 سهل التناول لبنا خالصا سايقا للشاربين وكان طبعه بمطبعته
 الكبرى التي يولاق الشهيرة القدر في جميع الافاق ووافق الفراغ
 من طبع الف نسخة منه يوم الخميس المبارك خامس شهر
 شعبان المعظم ثامن شهر العام الحادي والخمسين
 بعد الالف والمائتين من هجرة رسول الثقلين
 وامام المقلدين صلى الله عليه وعلى آله
 وصحبه وسلم وشرف وكرم

تم

ظفر السديوي بالمنى فيمانوي * واعاد عز مصر من بعد النوى
 احى العلوم بها بوابل جوده * حتى الجراحة قهرها مندارقوى
 فطبع الف من كتاب خصها * وبالف تليذها عقد القوى
 في الطب تم وارخوا * حاز السديوي في طبته اللوى

١٦ ٦٦١ ٤٩٧ ٧٧

١٢٥١

5/14

